



Heimaufnahmeantrag

Seniorenzentrum Josef Nischbach; Peisserstraße 66; 85053 IN

Verwaltung: 0841/96435-400 Fax: 0841/96435-450

Pflegedienstleitung: 0841/96435-473 Fax: 0841/96435-477

Seniorenzentrum

Personalien	
Name Vorname	Geburtsname
Geburtstag	Geburtsort
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon (tagsüber)	Mobil
Familienstand	Konfession/Pfarrei
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltort (aktuell)	
<u>Krankenkasse:</u> Gesetzlich Privat	KV-Nr.
<u>Personalausweis</u> Personalausweisnr.: Ausgestellt am: Gültig bis:	<u>Schwerbehindertenausweis</u> Az, ausgestellt am: Grad der MdE: Behinderungsart: Gültig bis:
Bevollmächtigte / gesetzl. bestellter Betreuer	
Name, Vorname	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon (tagsüber)	Mobil
Verhältnis zum Interessenten	
<u>Wirkungskreise:</u>	
Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/>	Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/>
Vermögen <input type="checkbox"/>	Vertretung gegenüber Behörden, Versicherung, etc. <input type="checkbox"/>
Anhalten u. Öffnen der Post <input type="checkbox"/>	Entscheidung über Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen <input type="checkbox"/>
Sind freiheitsentziehende Maßnahmen richterlich angeordnet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

	Bearbeitet	Geprüft	Freigegeben	Revisionsstand:	2
Datum	01.01.2017	01.01.2017	26.01.2017	Nächste Überarbeitung:	Bei Bedarf
Name	Klein	Froschermeier	Froschermeier	Seite:	1 von 3



Heimaufnahmeantrag

Seniorenzentrum Josef Nischbach; Peisserstraße 66; 85053 IN

Verwaltung: 0841/96435-400 Fax: 0841/96435-450

Pflegedienstleitung: 0841/96435-473 Fax: 0841/96435-477

Seniorenzentrum

Hausarzt	
Name, Vorname	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon (tagsüber)	Mobil
Einkommensart (Rente, Pension, Sozialhilfe, Unterhaltsbezüge	
Höhe des monatlichen Einkommens in EUR	
Werden ungedeckte Heimkosten aus Bankguthaben oder Vermögen beglichen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
oder Antrag beim Bezirk gestellt wegen Übernahme der Heimkosten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wird Sozialhilfe beantragt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besteht Befreiung von Zuzahlungen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besteht Befreiung auf Rundfunkgebühren?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Telefongebührenermäßigung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welche Regelung ist im Falle des Ablebens vorgesehen?	
Welches Bestattungsinstitut wurde beauftragt	
Eigengrab vorhanden	
Haben sie eine Sterbeversicherung	
Kinder oder sonstige Angehörige	
Name, Vorname	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon (tagsüber)	Mobil
Name, Vorname	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon (tagsüber)	Mobil

	Bearbeitet	Geprüft	Freigegeben	Revisionsstand:	2
Datum	01.01.2017	01.01.2017	26.01.2017	Nächste Überarbeitung:	Bei Bedarf
Name	Klein	Froschermeier	Froschermeier	Seite:	2 von 3



Heimaufnahmeantrag

Seniorenzentrum Josef Nischbach; Peisserstraße 66; 85053 IN

Verwaltung: 0841/96435-400 Fax: 0841/96435-450

Pflegedienstleitung: 0841/96435-473 Fax: 0841/96435-477

Seniorenzentrum

Kostform					
Normalkost	<input type="checkbox"/>	Schonkost	<input type="checkbox"/>		
Diabeteskost	<input type="checkbox"/>	Sondenkost	<input type="checkbox"/>		
Hilfsmittel					
Gehwagen	<input type="checkbox"/>	Krücken	<input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>	Blasenverweilkatheter	<input type="checkbox"/>
Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	Einlagen	<input type="checkbox"/>	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>
Sonstiges					
Alltagskompetenz (Steht im Beschluss der Pflegekasse bei Einstufung)					
Erheblich eingeschränkt <input type="checkbox"/>					
Gewünschter Einzugsstermin:					
Falls kein Zimmer frei ist, wünschen Sie auf die „Warteliste“ zu kommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Zimmerwunsch					
Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer	<input type="checkbox"/>	Doppelzimmer	<input type="checkbox"/>
Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>	1 Zi. Ap	<input type="checkbox"/>	2 Zi. Ap	<input type="checkbox"/>
Gibt es eine Vorsorgevollmacht?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>		
Gibt es eine Betreuungsverfügung	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>		
Gibt es ein Patiententestament/-verfügung?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>		
Besteht eine gesetzliche Betreuung?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>		
(Bitte Kopie beifügen)					
Gibt es eine Generalvollmacht(durch Notar)?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>		
(Bitte Kopie beifügen)					
Pflegegrade					
0 <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>

Ort/ Datum _____

Unterschrift (Interessent) _____

Unterschrift (Bevollmächtigter) _____

	Bearbeitet	Geprüft	Freigegeben	Revisionsstand:	2
Datum	01.01.2017	01.01.2017	26.01.2017	Nächste Überarbeitung:	Bei Bedarf
Name	Klein	Froschermeier	Froschermeier	Seite:	3 von 3