

Name: _____

Vollstationär ab: _____

Kurzzeitpflege von: _____ bis _____

Tagespflege: _____

1. Persönliche Stammdaten (des potentiellen Bewohners)

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname _____ Geb. Datum: _____

Wohnort: _____ Geb. Ort: _____

Strasse _____ Konfession: _____

Beruf: _____ Fam. Stand: _____ Staatsangeh.: _____

Ausschließlich PEG-Versorgung: ja nein

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Krankenhaus Reha-Klinik siehe oben

2. Angehörige/Betreuer/Bezugsperson (nichtzutreffendes streichen):

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Ort: _____

Telefon / Handy: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Liegt eine gerichtliche Betreuung oder Vollmacht vor:

ja nein beantragt

Angehörige/Betreuer/Bezugsperson (nichtzutreffendes streichen):

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Ort: _____

Telefon / Handy: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Liegt eine gerichtliche Betreuung oder Vollmacht vor:

ja nein beantragt

Angehörige/Betreuer/Bezugsperson (nichtzutreffendes streichen):

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Ort: _____

Telefon / Handy: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Liegt eine gerichtliche Betreuung oder Vollmacht vor:

ja nein beantragt

Kranken-/Pflegekasse:

Versicherungsnummer: _____

Befreiungsausweis: ja nein wenn ja, bitte Ausweis abgeben.

Beihilfeberechtigt* ja nein * nur zutreffend bei Beamten und deren verwitweten Ehepartnern

Hausarzt

Name und Anschrift: _____

3. Grad der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit: _____ beantragt am _____

Pflegegrad: Grad 0 Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

Bitte Bescheid der Kasse über den festgestellten Pflegegrad vorlegen.

4. Unterbringungswunsch

Einzelzimmer: Zi.Nr.: _____ Doppelzimmer: Zi.Nr.: _____

Ist eine Unterbringung in einem EZ zur Zeit nicht möglich, ist der Interessent bereit übergangsweise in ein DZ einzuziehen?

ja nein

5. Finanzierung

Heimkostenrechnung an: _____

Bewohner Name _____

Sonstige Straße _____

Ort _____

Datum / Unterschrift zur Bestätigung von 5.

Wird Fußpflege gewünscht? ja nein wie oft? _____

Wird Friseurbesuch gewünscht? ja nein wie oft? _____

6. Aufbewahrung von Wertgegenständen (z.B. Geld, Schmuck etc.)

Möglichkeiten: abschließbares Wertfach

Tresor in der Verwaltung

7. Verpflichtende Voruntersuchungen

Hiermit bestätige ich, dass bei Ablehnung von Voruntersuchungen (MRSA, ESBL, MRGN, VRE, Tbc, Hepatitis B und C etc.) und fehlenden Nachweis-Kopien von ärztlicher Seite, werde ich die anfallenden Labor-Kosten, die durch die Einrichtung veranlasste Nachuntersuchung, übernehmen.

8. Sind Regelungen für den Todesfall getroffen

ja nein

Liegt ein Vertrag mit einem Bestattungsunternehmen vor?

ja nein

Name und Anschrift des Bestatters: _____

Bevollmächtigter gemäß Heimvertrag s. unter „Vertragsende“:

„Der Heimträger ist berechtigt, die vom Bewohner eingebrachten Gegenstände an folgende Person/en auszuhändigen (Name, Anschrift, Telefonnummer):

Dies gilt im Falle des Todes des Bewohners unabhängig von der Erbfolge.

9. Auftrag für Medikation / Medikamente

Hiermit wird dem

Seniorenheim der Elisabeth - Stiftung des DRK
 Alte Talstraße 4
 55743 Kirschweiler

der Auftrag für die nachfolgend gekennzeichneten Leistungen hinsichtlich der Versorgung mit den vom Arzt/ von der Ärztin verordneten Medikamenten im Rahmen der Regelleistung des Heimes zu übernehmen erteilt:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beschaffung der Medikamente | <input type="checkbox"/> Richten der Tagesdosis der Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Aufbewahrung der Medikamente | <input type="checkbox"/> Verabreichung der Medikamente |

10. Vereinbarung

Erklärung des Bewohners über die Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten

Hiermit beauftrage ich die Apotheke in Kirschweiler, mir meine Medikamente (gemäß Verordnung bzw. frei- und apothekenpflichtige Medikamente) zu liefern. Falls es mir oder einer von mir beauftragten Person nicht möglich ist, die Verordnung einzulösen, kann auch das Seniorenheim bzw. eine dort beauftragte Person die Verordnung einlösen. Mir ist bekannt, dass ich das freie Wahlrecht meiner versorgenden Apotheke habe und die Vereinbarung jederzeit widerrufen kann.

Datenschutz:

Ferner willige ich ein, dass zum Zwecke der Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch die Apotheke die in diesem Zusammenhang erforderlich erhobenen, verarbeiteten und genutzten personenbezogenen Daten von mir durch die Apotheke verwendet werden. Diese Einwilligungserklärung kann ggf. auch durch meinen gesetzlichen Vertreter abgegeben werden.


Mir ist bekannt, dass ich bzw. mein gesetzlicher Vertreter diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Bewohner:

Datum / Unterschrift zur Bestätigung von 6-10 _____

bzw. Betreuer:

Datum / Unterschrift zur Bestätigung von 6-10 _____

Elisabeth-Stiftung 	FO SH-045-e	Seite 4 von 4 Seiten
	Persönlicher Fragebogen	Stand: 03/2017

Erforderliche Unterlagen für die Heimaufnahme

- Persönlicher Fragebogen (bitte schnellstmöglich vor dem Einzug bei der Verwaltung abgeben oder zuschicken)
- Ärztlicher Fragebogen (wird bei Zusage vom Heim an zuständigen Hausarzt oder Krankenhaus / Reha zugesandt mit der Bitte um schnellstmögliche Rücksendung an die Verwaltung)
- Mitteilung der Pflegekasse über den festgestellten Pflegegrad bzw. ärztliche Bescheinigung über die Erforderlichkeit der stationären Heimpflege
- 1 Kopie des Personalausweises
- Nachweise für das Standesamt VG Herrstein:
 - Ledige Personen: Kopie der Geburtsurkunde
 - Verheiratete Personen: Kopie der Heiratsurkunde
 - Verwitwete Personen: Kopie der Heiratsurkunde und Kopie der Sterbeurkunde des Ehepartners
 - Geschiedene Personen: Kopie der Heiratsurkunde und Kopie des Scheidungsurteils
- Chipkarte der Krankenkasse
- Kopie des Befreiungsausweises bzgl. Rezeptgebührenbefreiung (falls vorhanden)
- Kopie des Betreuerausweises (wenn eine Betreuung vorliegt) oder Kopie der Vollmacht (falls Vollmacht vorliegt)
- Biografie (Formular wird bei Zusage vorher ausgehändigt)
- Schwerbehinderten-Ausweis (falls vorhanden)

Bitte bei der Pflegekasse einen Antrag auf vollstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege stellen!

Wäscheversorgung bei vollstationärer Pflege:

Die Wäsche muss kostenpflichtig durch uns gekennzeichnet werden, die Etiketten erhalten Sie von uns.

Bei Kurzzeitpflege:

Bitte teilen Sie uns mit, ob die Wäsche von Ihnen selbst gewaschen wird oder ob die Wäsche durch die Fa. Reccius in unserem Auftrag gewaschen.

In diesem Fall muss die Wäsche kostenpflichtig durch uns gekennzeichnet werden, die Etiketten erhalten Sie von uns.

Die GEZ- Gebühren entfallen bei der vollstationären Aufnahme:

Das Formular zur Abmeldung bei der GEZ liegt in der Verwaltung bereit. Bitte teilen Sie uns die Beitragsnummer mit und unterschreiben Sie das Formular. Wir machen erledigen dann die Abmeldung für Sie bei der GEZ