



**1. Anmeldung für die Aufnahme in das Alten- und Pflegeheim St. Augustin**

Bis wann soll die Aufnahme erfolgen \_\_\_\_\_

Es wird ein  Pflegeplatz  Wohnplatz im  Einzel-/  Doppelzimmer gewünscht.

Name / Vorname \_\_\_\_\_ geborene \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Früherer Beruf \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Name / Vorname des Ehepartners \_\_\_\_\_

Tag der Eheschließung \_\_\_\_\_ Tag der Scheidung \_\_\_\_\_ Sterbetag \_\_\_\_\_

**2. Betreuung, Vollmacht**

Ist ein/e gesetzliche/r Betreuer/in bestellt  ja  nein

Liegt eine Vollmacht vor  ja  nein

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

verwandt  ja  nein, wenn ja wie \_\_\_\_\_

**3. Angehörige**

1) Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ verwandt \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

2) Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ verwandt \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

3) Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ verwandt \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

#### 4. Behandelnde Ärzte

Hausarzt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Augenarzt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Zahnarzt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

#### 5. Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor  ja  nein

wenn ja, aufbewahrt bei \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

6. a) Krankenkasse \_\_\_\_\_ Vers. Nr. \_\_\_\_\_

b) Pflegekasse \_\_\_\_\_ Vers. Nr. \_\_\_\_\_

c) **Sind Sie beihilfeberechtigt**  ja  nein

wenn ja, bei \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

d) **Erhalten Sie bereits Leistungen der Pflegeversicherung**  ja  nein

Der MDK hat festgestellt: Pflegestufe  I  II  III

Ein Antrag auf Einstufung wurde gestellt  ja, am \_\_\_\_\_  nein

#### 7. Schwerbehinderten Ausweis

Besitzen Sie einen Schwerbehinderten Ausweis  ja  nein

Haben Sie einen solchen beantragt  ja  nein

8. Benutzen Sie Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehwagen etc.)  ja  nein

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**9. Liegt ein Testament / Erbvertrag vor**     ja     nein

wenn ja, aufbewahrt bei \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Den Nachlass regelt Frau / Herr \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Das Zimmer wird nach dem Ableben geräumt durch Frau / Herrn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ich möchte     erdbestattet     feuerbestattet werden

Eine Grabstätte ist vorhanden     ja     nein

Bei meinem Ableben sollen benachrichtigt werden \_\_\_\_\_

**10. Wer bestreitet die Heimkosten entsprechend dem Heimvertrag**

selbst                       Pflegeversicherung                       Sozialamt

Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt wurde gestellt am \_\_\_\_\_

den Bescheid vom Sozialamt habe ich erhalten

**11. Folgende Papiere / Urkunden werden bei Heimaufnahme benötigt (soweit vorhanden)**

→ Geburtsurkunde

→ Heiratsurkunde

→ Personalausweis

→ Sterbeurkunde des Ehepartners

→ Krankenkasse Versicherungskarte

→ Ärztliche Beurteilung

→ Betreuerausweis / Vollmacht

→ An-/ Ummeldung beim Einwohnermeldeamt

→ Patientenverfügung

→ Einstufungsbescheid

→ Schwerbehindertenausweis

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bewerberin/ des Bewerbers  
der Betreuerin / des Betreuers