

# Anmeldung zur Heimaufnahme



Senioren-Park Buxheim

Rot-Kreuz-Straße 5  
87740 Buxheim  
Tel. 08331 / 9771-0  
Fax: 08331 / 9771-20

- Vollstationär**  
ab \_\_\_\_\_
- Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege**  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

1. Angaben zur Person der / des Aufzunehmenden	
Name (Familiename)	Geburtsname:
Vornamen (Rufnamen bitte unterstreichen)	
Geburtsdaten	Geboren am: _____ in: _____
Anschriften (Hauptwohnsitz) (PLZ, Ort, Straße u. Hausnummer)	
Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet Seit: .....    Seit: .....
Konfession	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> evangelisch <input type="radio"/> römisch-katholisch <input type="radio"/> andere (Bitte nennen) .....
Staatsangehörigkeit	<input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> andere (Bitte nennen) .....
Letzte Eheschließung	am: _____ in: _____
Beruf	Erlerner Beruf:
	Zuletzt ausgeübter Beruf:
Anzahl der Kinder	_____ Volljährig    _____ Minderjährig    _____ Verstorbene

2. Angaben zum Ehepartner (Auch bei Verstorbenen)	
Name (Familiename)	Geburtsname:
Vornamen (Rufnamen bitte unterstreichen)	Geburtsdatum:
Wohnort (Hauptwohnsitz) (PLZ, Ort, Straße u. Hausnummer, <u>Telefon</u> )	

3. Angaben zu den nächsten Angehörigen (weitere - siehe Rückseite)				
Name:				
Vorname:				
Geburtsdatum:				
Wie verwandt?				
Anschrift:				
Telefon:				

<b>4. Betreuer / Bevollmächtigte</b> Ist eine Betreuung beantragt oder eine Vorsorgevollmacht erteilt? Genauere Anschrift des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten, einschließlich <b>Telefonnummer</b> .	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Wenn ja, bitte Kopie der Bestellung, des Betreuerausweises oder der Vorsorgevollmacht beilegen.
	Tel.: .....	
<b>5. Patientenverfügung</b>	<input type="radio"/> Ja (Kopie beilegen)	<input type="radio"/> Nein
<b>5. Krankenkasse</b>	Name der Kasse / ..... Mitglieds-Nr. ....	
<b>6. Zuzahlungsbefreiung</b> (von Krankenkasse)	<input type="radio"/> Ja (Bescheinigung beilegen)	<input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/> Beantragt am: .....	
<b>7. Bisheriger Hausarzt</b> (Anschrift, Telefonnummer)		
<b>8. Zukünftiger Hausarzt</b> (Anschrift, Telefonnummer)	..... ➤ Bei einem Arztwechsel muss der neue Hausarzt bei Einzug benannt sein!	
<b>9. Pflegeeinstufung</b> (Pflegegrad = PG)	<input type="radio"/> Kein PG <input type="radio"/> PG 1 <input type="radio"/> PG 2 <input type="radio"/> PG 3 <input type="radio"/> PG 4 <input type="radio"/> PG 5 <input type="radio"/> Beantragt am: ..... Eingeschränkte Alltagskompetenz: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

<b>11. Weitere Angaben</b>	
Schwerbehinderung	Liegt ein Bescheid vor? <input type="radio"/> Ja (Bescheid in Kopie bitte beilegen) <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Beantragt am: .....
Personalausweis / Reisepass (Nr. und ausstellende Behörde)	
Welche Angehörige sind im Krankheits- oder Todesfall zu verständigen?	
Wer regelt im Todesfall die Beerdigung?	
Wo soll die Bestattung durchgeführt werden? Ist ein Grab vorhanden?	
Wer ist zur Zimmerräumung berechtigt? (genaue Anschrift mit Tel.-Nr.)	

<b>12. Angaben zur Aufnahme</b>	
Gewünscht wird:	<input type="radio"/> Einzelzimmer <input type="radio"/> Doppelzimmer <input type="radio"/> egal
Gebäudeteil	<input type="radio"/> Nord <input type="radio"/> Mitte    Zimmer-Nr. .... <input type="radio"/> Süd <input type="radio"/> Neubau (WB 3)
Termin (Wann wird die Aufnahme gewünscht?)	<input type="radio"/> Dringend <input type="radio"/> Wenn möglich am: ..... <input type="radio"/> Als Voranmeldung
Derzeitiger Aufenthalt? (z. B. zu Hause, Heim, Klinik oder andere Einrichtung)	
Wer stellt den Antrag auf Heimaufnahme für die / den Aufzunehmende/n? (Name, genaue Anschrift, Telefon)	
Tel.:	

### 13. Angaben zur Übernahme der Heimkosten

Wenn die monatlichen Einkünfte zur Deckung der Pflegekosten ausreichen, gilt die / der Aufzunehmende als **Selbstzahler**.

Die Heimkosten werden aufgebracht durch (bitte ankreuzen):

- Die / Der Aufzunehmende oder deren / dessen Angehörige trägt / tragen die Kosten selbst.
- Die / der Aufzunehmende wurde mit Bescheid vom \_\_\_\_\_ in den Pflegegrad \_\_\_\_\_ eingestuft.
- Eine Einstufung in einen Pflegegrad wurde am \_\_\_\_\_ beantragt.
- Ein Höherstufungsantrag wurde am \_\_\_\_\_ gestellt.
- Antrag auf Kostenübernahme wurde bei(m) \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ gestellt.
- Sofern noch nicht erfolgt, wird ggf. die Kostenübernahme beim zuständigen Sozialhilfeträger umgehend vom Unterzeichner beantragt.

#### **Hinweis zur Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege:**

Die Kostenübernahme für die „Kurzzeitpflege“ muss vor der Aufnahme bei der Pflegekasse beantragt werden. Den zu zahlenden „Eigenanteil“ entnehmen Sie bitte der aktuellen Preisliste.

### 14. Kostenübernahme

Sofern die Einkünfte der / des Aufzunehmenden zur Begleichung der Heimkosten nicht ausreichen und eine Kostenzusage von Dritten (z. B. Bezirk Schwaben, Pflegekasse, sonstige Versicherungen) nicht erteilt wird (z. B. wegen verspäteter Antragstellung), werden die nicht gedeckten Kosten von

\_\_\_\_\_ (Name u. Anschrift)  
getragen.

Ich versichere / Wir versichern ausdrücklich, zur Zahlung der nicht gedeckten Kosten in der Lage zu sein.

\_\_\_\_\_, Datum 20 \_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufnahme-Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kostenträgers /  
der die Kosten übernehmenden Person

Der Antrag beim Sozialhilfeträger ist möglichst vor der Heimaufnahme zu stellen. Wenn dies nicht möglich ist, muss der Bezirk Schwaben oder ein anderer Kostenträger zumindest schriftlich über die Heimaufnahme informiert und der Antrag unverzüglich nachgereicht werden.

Die Anschrift des regional zuständigen Sozialhilfeträgers lautet:

Bezirk Schwaben  
Sozialverwaltung  
86147 Augsburg  
Telefon 08 21 – 31 01-0

Sie erhalten das Antragsformular in der Verwaltung des BRK Senioren-Parks Buxheim, gerne helfen wir Ihnen weiter.

Wir empfehlen die Stellung eines Sozialhilfeantrages auch dann, wenn eine Einstufung in einen endgültigen Pflegegrad von der Pflegekasse noch nicht erfolgt ist und die Einkünfte der / des Aufzunehmenden die anfallenden Kosten nicht abdecken.

## 15. Angaben zur aktuellen Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

(Bitte möglichst genau angeben.)

### Die / Der Anzumeldende ...

- ist gehfähig  Ja  Nein  mit Unterstützung / Hilfe
- kann Treppensteigen  Ja  Nein  mit Unterstützung
- verhält sich tagsüber ruhig  Ja  Nein  nicht immer
- verhält sich nachts ruhig  Ja  Nein  nicht immer
- Stuhl – Inkontinenz  Ja  Nein  nicht immer
- Harn – Inkontinenz  Ja  Nein  nicht immer
- Kontrolle der Medikamenteneinnahme  Ja  Nein  nicht immer erforderlich
- Benötigt Unterstützung:
  - Beim Aufstehen aus dem Bett  Ja  Nein  nicht immer erforderlich
  - Beim Zubettgehen  Ja  Nein  nicht immer erforderlich
  - Beim An- und Auskleiden  Ja  Nein  Kontrolle / Anleitung ausreichend
  - Beim Waschen / Kämmen / Rasieren  Ja  Nein  Kontrolle / Anleitung ausreichend
  - Beim Baden  Ja  Nein  Kontrolle / Anleitung ausreichend
  - Beim Essen / Trinken  Ja  Nein  Kontrolle / Anleitung ausreichend
- ist örtlich orientiert  Ja  Nein  nicht immer
- ist zeitlich orientiert  Ja  Nein  nicht immer
- ist zur Person orientiert  Ja  Nein  nicht immer
- ist zur Situation orientiert  ja  Nein  nicht immer

Besondere / weitere **körperliche** Beeinträchtigungen:

**Gemütsstimmung:**  freundlich  ruhig  niedergeschlagen  
 leicht erregbar (durch was oder wen?)

**Psychische** Auffälligkeiten, Gewohnheiten, Verhaltensbesonderheiten:

Bei **verwirrten** Personen:

- Neigung zum Rauslaufen  Nein  Ja
- Neigung zu Aggressionen  Nein  Ja  gegen sich selbst  gegen Andere

**Sucht - Krankheiten?**  Ja  Nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**COVID-19-Impfung?**  Ja  Nein wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Insulinpflichtiger Diabetes mellitus?**  Ja  Nein

Welche **Hilfsmittel** werden voraussichtlich mitgebracht?

- Brille  Hörapparat  Zahnprothese  Gehhilfen / Rollator  Rollstuhl  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welche Hilfsmittel müssen voraussichtlich leihweise zur Verfügung gestellt werden?

- Gehhilfen / Rollator  Rollstuhl  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Diät / Sonderkost?** (Bitte möglichst genau angeben.) -

**Essen:** besondere Vorlieben / Abneigungen?

## 16. Sonstige Bemerkungen und Ergänzungen


## 17. Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?

(Ausschließlich für statistische Zwecke)

- Hinweis aus dem Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis
- Sozialdienst eines Krankenhauses oder der Krankenkasse
- Zeitungsanzeige oder Zeitungsartikel (Zutreffendes bitte unterstreichen)
- Sonstiges (bitte näher bezeichnen) .....

**Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung bzw. Abgabe im BRK Senioren-Park in Buxheim, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind. Vielen Dank!**

**Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen der Wahrheit.**

**Der vom (Haus-) Arzt ausgefüllte Ärztliche Fragebogen liegt bei bzw. wird nachgereicht.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des  
Antragstellers / Betreuers / Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Aufzunehmenden  
(Wenn nicht Personengleichheit mit Antragsteller)

**Wenn weitere Fragen bestehen, können Sie sich jederzeit an uns wenden.  
Gerne zeigen wir Ihnen unser Haus!**

**Ihr BRK Senioren-Park in Buxheim**

### Für Vermerke des Hauses:

- „Aufnahmegespräch“ geführt am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum / Hdz.).....
- „Kostenübernahmeantrag“ / Information des „Kostenträgers“ am: \_\_\_\_\_ (Datum / Hdz.)
- Sonstiges:

### Anlagen zur Anmeldung:

- Einwilligungserklärung für Freiheitsentziehende Maßnahmen
- Einwilligungserklärung für die digitale Fotodokumentation bei einer Wundversorgung
- Einwilligungserklärung für unangemeldete Begutachtungen durch MDK / PKV oder FQA im Rahmen einer externen Qualitätssicherungsmaßnahme

## Hinweise für die „vollstationäre“ Aufnahme im BRK Senioren-Park Buxheim

Der verbindliche Heimvertrag wird zum vereinbarten Einzugsstermin im BRK Senioren-Park Buxheim abgeschlossen. Er ist die Grundlage für die Aufnahme in unserer Einrichtung.

Die Anmeldung bei der Gemeinde Buxheim wird von der Verwaltung des BRK Senioren-Parks veranlasst. Die Verwaltung muss in Kenntnis darüber gesetzt werden, ob die / der Aufzunehmende in der Gemeinde Buxheim mit Haupt- oder Nebenwohnsitz gemeldet werden soll. **Siehe beiliegende Information der Gemeinde Buxheim!**

### Für die „vollstationäre“ Aufnahme werden folgende Unterlagen benötigt:

#### 1) Dokumente, die Sie unbedingt „vor Einzug“ vorlegen sollten:

- Ärztlicher Fragebogen des bisherigen behandelnden Arztes / des Krankenhauses mit dem aktuellen Medikamentenplan (v. Hausarzt und/oder Konsiliararzt)
- Versichertenkarte der Krankenkasse
- Bestehende Vollmachten oder Betreuerausweis in Kopie
- Bestehende Patientenverfügung in Kopie
- Personalausweis / Reisepass
- Geburtsurkunde / Stammbuch in Kopie
- Bei verheirateten, verwitweten oder geschiedenen Aufzunehmenden eine Kopie des Auszugs aus dem Familienstammbuch oder eines entsprechenden Bescheides
- Nachweis der Pflegeeinstufung
- Impfbuch

#### 2) Falls vorhanden, legen Sie uns bitte vor:

- Nachweis über die Befreiung von Zuzahlungen der Krankenkasse
- Schwerbehindertenausweis
- Rentenbescheid in Kopie (entfällt bei „Selbstzahlern“)
- Wohngeldbescheid (entfällt bei „Selbstzahlern“)
- Sozialhilfebescheid (entfällt bei „Selbstzahlern“)

#### 3) Anmerkung:

Nachfolgend aufgeführte Punkte sind in den Heimkosten nicht enthalten, die Kosten werden separat erhoben (siehe Heimvertrag), z. B.:

- Zusätzliche, auf Wunsch verabreichte Getränke, z. B. Bier, Limonade, Säfte u. ä.
- Benötigte kosmetische Artikel, z. B. Seife, Deodorant, Shampoo u. ä.
- Fußpflege (wenn sie nicht medizinisch notwendig und deshalb vom Arzt verordnet worden ist.)
- Friseur
- Zuzahlungen bei der Krankenkasse, soweit keine Befreiung besteht, z. B. Arzneimittel, Massagen, Krankengymnastik, Krankentransporte usw.
- Chemische Reinigung für nicht von der Wäscherei waschbare Kleidung
- Patch-Etiketten zur Kennzeichnung der Wäsche (einmalig bei Einzug 100,00 €)
- Elektrotechnische Überprüfung der eigenen Elektrogeräte (z. B. Fernseher)

**Zum Einzug bitte ausreichend passende Kleidung und Schuhe für alle Jahres- und Tageszeiten mitbringen.**

## Hinweise für die „**Kurzzeit- oder Verhinderungspflege**“ im BRK Senioren-Park Buxheim

**Für die „Kurzzeitpflege-Aufnahme“ werden folgende Unterlagen benötigt:**

### **1) Dokumente, die Sie unbedingt „vor dem Aufenthalt“ vorlegen sollten:**

- Ärztlicher Fragebogen des bisherigen behandelnden Arztes / des Krankenhauses mit dem aktuellen Medikamentenplan (v. Hausarzt und/oder Konsiliararzt)
- Versichertenkarte der Krankenkasse
- Bestehende Vollmachten oder Betreuerausweis in Kopie
- Bestehende Patientenverfügung in Kopie
- Personalausweis / Reisepass
- Geburtsurkunde / Stammbuch in Kopie
- Bei verheirateten, verwitweten oder geschiedenen Aufzunehmenden eine Kopie des Auszugs aus dem Familienstammbuch oder eines entsprechenden Bescheides
- Nachweis der Pflegeeinstufung
- Nachweis der Kostenübernahme durch die Pflegekasse
- Impfbuch
- Bei bestehender Inkontinenz:  
Inkontinenzartikel für die Dauer des Aufenthaltes mitbringen

### **2) Falls vorhanden legen Sie uns bitte vor:**

- Nachweis über die Befreiung von Zuzahlungen der Krankenkasse
- Schwerbehindertenausweis

### **3) Anmerkung:**

Nachfolgend aufgeführte Punkte sind in den Heimkosten nicht enthalten, die Kosten werden separat erhoben, z. B.:

- Zusätzlich auf Wunsch verabreichte Getränke, z. B. Bier, Limonade, Säfte u. ä.
- Benötigte kosmetische Artikel, z. B. Seife, Deodorant, Shampoo u. ä.
- Fußpflege (wenn sie nicht medizinisch notwendig ist und deshalb vom Arzt verordnet wird)
- Friseur
- Zuzahlungen bei der Krankenkasse, soweit keine Befreiung besteht, z. B. Arzneimittel, Massagen, Krankentransporte
- Chemische Reinigung wenn gewünscht
- Wenn Wäsche mit „Patch-Etiketten“ gekennzeichnet werden muss, einmalig bei Einzug 100,00 €
- Elektrotechnische Überprüfung der eigenen Elektrogeräte (z. B. Fernseher)

**Zum Einzug bitte ausreichend passende Kleidung und Schuhe für alle Jahres- und Tageszeiten mitbringen.**