

Anmeldung zur Heimaufnahme



Kreisverband Unterallgäu

BRK Pflegeheim

Rotkreuzstraße 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 |
| 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, Telefon) | |

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

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. Betreuer / Bevollmächtigte Ist eine Betreuung beantragt oder eine Vorsorgevollmacht erteilt? Genauere Anschrift des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten, einschließlich Telefonnummer. | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | Wenn ja, bitte Kopie der Bestellung, des Betreuerausweises oder der Vorsorgevollmacht beilegen. |
| | | |
| 5. Patientenverfügung | <input type="radio"/> Ja (Kopie beilegen) | <input type="radio"/> Nein |
| 5. Krankenkasse | Name der Kasse / Mitglieds-Nr. | |
| 6. Zuzahlungsbefreiung (von Krankenkasse) | <input type="radio"/> Ja (Bescheinigung beilegen) | <input type="radio"/> Nein |
| | <input type="radio"/> Beantragt am: | |
| 7. Bisheriger Hausarzt (Anschrift, Telefonnummer) | | |
| 8. Zukünftiger Hausarzt (Anschrift, Telefonnummer) | | |
| 9. Pflegeeinstufung (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 | |

| 11. Weitere Angaben | |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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.) | |

| 12. Angaben zur Aufnahme | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gewünscht wird: | <input type="radio"/> Einzelzimmer <input type="radio"/> Doppelzimmer <input type="radio"/> egal |
| Gebäudeteil | <input type="radio"/> Nord <input type="radio"/> Mitte <input type="radio"/> Süd <input type="radio"/> Süd neu Zimmer-Nr. |
| 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) | |
| | |

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:

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 Pflegeheimes 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? _____

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-Pflegeheim 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-Pflegeheim 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 Pflegeheim Buxheim

Der verbindliche Heimvertrag wird zum vereinbarten Einzugsstermin im BRK-Pflegeheim Buxheim abgeschlossen. Er ist die Grundlage für die Aufnahme im Pflegeheim.

Die Anmeldung bei der Gemeinde Buxheim wird von der Verwaltung des BRK-Pflegeheimes 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 mitbringen sollten:

- Ärztlicher Fragebogen des bisherigen behandelnden Arztes / des Krankenhauses
- Versichertenkarte der Krankenkasse
- Bestehende Vollmachten oder Betreuerausweis in Kopie
- Bestehende Patientenverfügung in Kopie
- Rentenbescheid in Kopie (nur, wenn nicht „Selbstzahler“)
- Geburtsurkunde / Stammbuch in Kopie
- Personalausweis / Reisepass
- Bei verheirateten, verwitweten oder geschiedenen Aufzunehmenden eine Kopie des Auszugs aus dem Familienstammbuch oder eines entsprechenden Bescheides
- Bank-Einzugsermächtigung zum Abbuchen der Heimkosten
- Nachweis der Pflegeeinstufung

2) Falls vorhanden, legen Sie uns bitte vor:

- Nachweis über die Befreiung von Zuzahlungen der Krankenkasse
- 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 80,00 €)
- Elektrotechnische Überprüfung der eigenen Elektrogeräte (z. B. Fernseher)

Hinweise für die „**Kurzzeit- oder Verhinderungspflege**“ im Pflegeheim Buxheim

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

1) Dokumente, die Sie unbedingt mitbringen sollten:

- Ärztlicher Fragebogen des bisherigen behandelnden Arztes / des Krankenhauses
- Versichertenkarte der Krankenkasse
- Bestehende Vollmachten oder Betreuerausweis in Kopie
- Bestehende Patientenverfügung in Kopie
- Geburtsurkunde / Stammbuch in Kopie
- Personalausweis / Reisepass
- Bank-Einzugsermächtigung zum Abbuchen der Kurzzeitpflege-Kosten
- Nachweis der Kostenübernahme durch die Pflegekasse
- Nachweis der Pflegeeinstufung
- Bei bestehender Inkontinenz:
 - Rezept über Inkontinenzartikel (z. B. Einlagen, Pants, Slip) oder
 - Inkontinenzartikel für die Dauer der Kurzzeitpflege mitbringen

2) Falls vorhanden legen Sie uns bitte vor:

- Nachweis über die Befreiung von Zuzahlungen der Krankenkasse

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 80,00 €
- Elektrotechnische Überprüfung der eigenen Elektrogeräte (z. B. Fernseher)