

|                                   |                              |                   |                                                                                                                                         |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Revisionstand:<br><br>Version 2.0 | QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH |                   | <br>Arbeiter-Samariter-Bund<br>Baden-Württemberg e.V. |
|                                   | Einrichtung:                 | Region Südbaden   |                                                                                                                                         |
|                                   | Geltungsbereich:             | Stationäre Pflege |                                                                                                                                         |
| <b>Anmeldeformular</b>            |                              |                   | Seite 1 von 2                                                                                                                           |

## Anmeldeformular

### Angaben zur Person:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsname: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 Familienstand: \_\_\_\_\_ ggfls. Religion: \_\_\_\_\_  
 Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.) \_\_\_\_\_

**Bisheriger Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Information zum Impfstatus Covid:**  ungeimpft /  genesen /  geimpft

**Zimmerwunsch:**  Doppelzimmer  Einzelzimmer  Egal

**Vorherige stationäre Heimaufenthalte:** bitte für alle die Dauer in Monaten angeben: \_\_\_\_\_

### Angaben zu Angehörigen / Betreuer:

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname ggfls. Verwandtschaftsgrad

(Straße, Haus-Nr., PLZ Ort)

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ / Mailadresse: \_\_\_\_\_

Besteht eine **rechtliche Betreuung / Vollmacht / Patientenverfügung**  ja  nein

Rechnungsempfänger?  ja  nein

Aushändigung eingebrachter Gegenstände nach Vertragsende?  ja  nein

### **Bitte nennen Sie den Aufgabenkreis der Betreuung / Vollmacht**

Bestimmung des Aufenthalts:  Ja  Nein

Vermögensangelegenheiten:  Ja  Nein

Gesundheitsfürsorge:  Ja  Nein

Alle Angelegenheiten:  Ja  Nein

### **ggfls. weitere Ansprechperson**

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname ggfls. Verwandtschaftsgrad

(Straße, Haus-Nr., PLZ Ort)

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ / Mailadresse: \_\_\_\_\_

|                       |                 |             |
|-----------------------|-----------------|-------------|
| Erstellt/ Bearbeitet: | Geprüft         | Freigegeben |
| Edinger, Harter, Zink | QM-Steuergruppe | Scholder    |
| 24.02.2022            | 27.04.2022      | 28.04.2022  |

|                                   |                                     |                   |                                                                                                                                         |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Revisionstand:<br><br>Version 2.0 | <b>QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH</b> |                   | <br>Arbeiter-Samariter-Bund<br>Baden-Württemberg e.V. |
|                                   | Einrichtung:                        | Region Südbaden   |                                                                                                                                         |
|                                   | Geltungsbereich:                    | Stationäre Pflege |                                                                                                                                         |
| <b>Anmeldeformular</b>            |                                     |                   | Seite 2 von 2                                                                                                                           |

## Angaben zur Klärung der Heimkosten:

### Ihre Krankenkasse:

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

#### Liegt ein Leistungsbescheid der Kasse über einen Pflegegrad vor?

nein  ja  wurde eine Höherstufung beantragt? Falls ja, am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Wenn ja, welcher Pflegegrad wurde ermittelt?  1  2  3  4  5

#### Wurde bereits ein Antrag auf Kurzzeitpflege / stationäre Pflegeleistung bei der Pflegekasse gestellt?

ja  nein  wenn ja, wann beantragt \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . **20** \_\_\_\_

Bitte prüfen Sie, ob der monatliche Eigenanteil am Heimentgelt aus eigenem Einkommen / Vermögen bestritten werden kann. Im Zweifelsfall wird eine umgehende Information des Sozialhilfeträgers über dein Heimeinzug empfohlen.

Information an Sozialhilfeträger?  ja, am \_\_\_\_\_  nein

Sind Sie Beihilfeberechtigte(r)?  ja, mit \_\_\_\_\_%  nein

Sind Sie Zuzahlungsbefreit?  ja, seit \_\_\_\_\_  nein

### Heimvertrag:

Weitere für den Heimeinzug notwendige Informationen erhalten Sie von der Einrichtungsleitung. Die Aufnahme in das ASB-Pflegeheim erfolgt mit den Abschluss eines Heimvertrages.

### Sonstige Mitteilungen an uns:

---



---

Termin zur Aufnahme: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . **20** \_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Interessent / Angehörige / Betreuer)

|                       |                 |             |
|-----------------------|-----------------|-------------|
| Erstellt/ Bearbeitet: | Geprüft         | Freigegeben |
| Edinger, Harter, Zink | QM-Steuergruppe | Scholder    |
| 24.02.2022            | 27.04.2022      | 28.04.2022  |