

Revisionstand:  <b>Version 2.0</b>	<b>QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH</b>		 <b>ASB</b> Arbeiter-Samariter-Bund 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
24.02.2022/17.08.2023	27.04.2022	28.04.2022

Revisionstand:  <b>Version 2.0</b>	<b>QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH</b>		 <b>Arbeiter-Samariter-Bund</b> 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

Rechnungsversand per Mail an folgende Adresse: \_\_\_\_\_

### Heimvertrag:

Weitere für den Heimeinzug notwendige Informationen erhalten Sie von der Einrichtungsleitung. Die Aufnahme in das ASB-Pflegeheim erfolgt mit dem 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
24.02.2022/17.08.2023	27.04.2022	28.04.2022