

Wohnen & Pflegen Magdeburg gemeinnützige GmbH	Antrag auf Heimaufnahme	APH Peter-Zincke
		07-04

<u>Bearbeitungsvermerk:</u>
Aufnahme geplant zum: _____
Zimmernummer: _____
Telefon: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. **Hinweis Datenschutz:** Die erhobenen Daten werden intern weiter verarbeitet. Sollte keine Heimaufnahme zustande kommen, werden alle erhobenen persönlichen Daten entsprechend DSGVO vernichtet.

1. Name: _____ **Geburtsname:** _____

2. Vorname(n): (Rufname bitte unterstreichen)

3. Wohnung: (mit Wohnsitz polizeilich gemeldet)

PLZ _____ Ort, Gemeinde _____

Straße und Hausnummer _____

4. Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim?

Name und Anschrift des Krankenhauses oder Heimes _____

Aufnahmetag _____ Aufnahmegrund _____

5. Geburtsdaten:

am _____ in _____

6. Familienstand: _____

7. Konfession: _____

8. Staatsangehörigkeit: _____

9. Angehörige:

a) _____

Verwandtschaftsgrad _____ **Vor- und Zuname** _____

PLZ, Wohnort _____ **Straße, Hausnummer** _____

Telefon _____

b) _____

Verwandtschaftsgrad _____ **Vor- und Zuname** _____

PLZ, Wohnort _____ **Straße, Hausnummer** _____

Telefon (Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine Vertrauensperson angeben!) _____

Freigabe	Bearbeitung	Änderungsstand	Datum	Seite
GF	ZQM	01	01.12.2018	Seite 1 von 4

Wohnen & Pflegen Magdeburg gemeinnützige GmbH	Antrag auf Heimaufnahme	APH Peter-Zincke
		07-04

10. Betreuer/Bevollmächtigter: (Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen)

Vor- und Zuname Straße und Hausnummer

11. Krankenkasse:

12. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:

13. Wurde ein Antrag an die Pflegekasse gestellt?

ja nein

14. Pflegegrad:

ja nein Welcher PG? _____

15. Haben Sie einen Vertrag zur Versorgung mit Inkontinenzmitteln abgeschlossen?

ja nein

Wenn ja, wer ist der Leistungserbringer? _____

16. Zuzahlungsbefreiung:

ja nein

17. Name des Hausarztes:

Name des Arztes Anschrift

Wer soll in der Einrichtung Ihr Hausarzt sein?

Name des Arztes Anschrift

18. Sind Sie mit unseren Kooperationspartnern einverstanden?

1. Apotheke ja nein welchen Versorger möchten Sie?

2. einrichtungsbezogene Zahnarztbetreuung ja nein Welche Betreuung möchten Sie?

18. Gewünschte Unterbringung: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Einzelzimmer Doppelzimmer bevorzugter WB?

19. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?

Vor- und Zuname Straße und Hausnummer

In welcher Eigenschaft

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Datum Unterschrift des Antragstellers

Bitte überzeugen sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind!

Freigabe	Bearbeitung	Änderungsstand	Datum	Seite
GF	ZQM	01	01.12.2018	Seite 2 von 4

Für Vermerke der Einrichtung:

Vertrauliche Angaben für den Notfall

Name des Bewohners: _____

Im Ernstfall bitte um Nachricht an: (nach Dringlichkeit geordnet)

1) _____

Vor- und Zuname Telefonnummer

2) _____

Vor- und Zuname Telefonnummer

Ein Testament ist

vorhanden nicht vorhanden

Das Testament befindet sich:-----

Mit der Regelung meines Nachlasses ist beauftragt:

1) _____

Vor- und Zuname Telefonnummer

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

2) _____

Vor- und Zuname Telefonnummer

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Bestattungsinstitut:

Name de Bestattungsinstitutes Telefonnummer

Straße PLZ, Ort

Art der Bestattung:

Feuerbestattung Erdbestattung

Datum Unterschrift des Bewohners

Datum Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten

Wohnen & Pflegen Magdeburg gemeinnützige GmbH	Antrag auf Heimaufnahme	APH Peter-Zincke
		07-04

Anlage zum Antrag auf Heimaufnahme

Wir bitten Sie, folgende Unterlagen zu Ihrer Heimaufnahme mitzubringen:

- Personalausweis oder Meldebescheinigung (bitte beachten Sie, daß bei vollstationärer Aufnahme innerhalb von 2 Wochen – lt. Bundesmeldegesetz – die Ummeldung des Wohnsitzes im Bürgerbüro erfolgen muss)
- Chipkarte der Krankenkasse (auch hier muss bei stationärer Aufnahme die Ummeldung des Wohnsitzes erfolgen)
- Betreuerausweis oder Vollmachten, Patientenverfügung etc.
- Nachweis Zuzahlungsbefreiung
- Nothilfepass oder andere wichtige Gesundheitsdokumente (Herzschrittmacher etc.)
- Bonusheft Zahnarzt
- Impfausweis

Ebenso werden benötigt:

- Unterwäsche/ Haushaltswäsche
- Nachtwäsche, Bademantel/ Morgenrock
- Schlüpfer/ Unterhosen
- BH's/ Unterhemden
- Socken – möglichst ohne einengenden Bund
- Handtücher/ Waschlappen
- bevorzugte und möglichst bequeme Hosen oder Röcke
- T-Shirt's, Pullover, Blusen
- Strickjacken
- Sommer- bzw. Winterjacke
- Hausschuhe, Sommer- bzw. Winterschuhe

Pflege- und Waschutensilien

- Duschbad/ Seife
- Prothesenreinigerdose / Prothesenbürste
- Deo-Spray/ Deo-Roller
- Nagelschere/ Nageletui
- Feuchtigkeitslotion/ Hautcreme
- Haarwäsche, ggf. Haarspray
- Kamm/ Haarbürste
- Zahnputzbecher/ Zahnpasta/ Zahnbürste

für den Mann zusätzlich

- Rasierapparat/ Aftershave

für die Frau nach Bedarf

- Parfüm, ggf. Einweg-Rasierer für Damenbart

Hinweis:

- Bettwäsche wird durch das Heim gestellt.
- Bewohnerwäsche wird ab der stationären Aufnahme durch eine externe Wäscherei gewaschen und entsprechend gekennzeichnet. Bitte beachten Sie, dass die Wäsche trocknergeeignet und pflegeleicht sein muss.
- Unsere Einrichtung übernimmt keine Haftung für verloren gegangene bzw. durch den Waschprozeß beschädigte Kleidung.

Freigabe	Bearbeitung	Änderungsstand	Datum	Seite
GF	ZQM	01	01.12.2018	Seite 4 von 4