

## Anmeldung zur Heimaufnahme Im Demenzbereich „Rosengarten“

Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

1. **Familienname**  
(bei Frauen auch Geburtsname) \_\_\_\_\_
2. **Vorname(n)** \_\_\_\_\_
3. **bisherige Anschrift**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. **geboren am** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_
5. **Familienstand**     verheiratet     geschieden  
                           verwitwet         ledig  
seit: \_\_\_\_\_
6. **Konfession** \_\_\_\_\_
7.  **Vollstationäre Pflege ab** \_\_\_\_\_  
 **Kurzzeitpflege von** \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_
8. **Liegt bereits ein Beschluss für eine geschlossene Unterbringung vor?**  ja  nein  
Wurde beantragt  bei Amtsgericht: \_\_\_\_\_
9. Bei welcher **Krankenkasse** sind sie versichert? \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_  
Liegt eine Befreiung von Zuzahlungen vor? Ja  Nein   
(Bitte Ausweiskopie beilegen)
10. **Hausarzt:** \_\_\_\_\_
11. **wurde bereits ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt?** Ja  Nein   
**Ist bereits eine Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassenerfolgt** Ja  Nein  Eileinstufung   
durch Sozialdienst  
**Wenn ja, welcher Pflegegrad liegt vor?** 1  2  3  4  5   
**Besteht eine eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI?** Ja  Nein
12. **Besteht eine amtsgerichtliche Betreuung/ eine Vorsorgevollmacht?**  
Ja  Nein  Beantragt   
Wenn ja, Name und Anschrift der betreuenden Person \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. **Nächste Angehörige / Bezugspersonen**
  - a) Name, Vorname \_\_\_\_\_
  - Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_
  - PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_
  - Telefon \_\_\_\_\_
  - Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

b) Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

c) Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

14. E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**15. Wer trägt den Eigenanteil der Heimkosten?**

- Selbstzahler, aus eigenem Einkommen  
 Sozialamt/LWV: \_\_\_\_\_

16. Rechnungsempfänger \_\_\_\_\_

**17. Die Heimkosten werden per Lastschrift eingezogen. Bitte teilen Sie uns Ihre Kontoverbindung mit:**

Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
Institut \_\_\_\_\_  
IBAN DE \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_

18. Wird ein Telefon gewünscht? Ja  Nein

**19. Ummeldung (nur bei vollstationärer Pflege)**

Bitte vergessen Sie nicht eine Ummeldung beim Stadtbüro Marburg vorzunehmen

**20. Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege:**

**Besteht eine Inkontinenz?** Ja  Nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen das bei der Kurzzeitpflege die Inkontinenzmaterialien selbst mitzubringen sind!

**Medikamente:**

Bitte bringen Sie bei Aufenthalt zur Kurzzeitpflege alle Medikamente für die Dauer des Aufenthalts mit.

**22. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir weisen daraufhin, dass die angegebenen personenbezogenen Daten gespeichert und zu internen Zwecken im Interesse der Bewohner verwendet werden. Eine Weitergabe ist damit nicht verbunden!

Marburg, den \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Aufzunehmender bzw. gesetzlicher Vertreter