



Voranmeldung und Aufnahme

Sehr geehrte Interessentinnen und Interessenten an unseren Angeboten,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Einrichtung.

Sollte Sie sich lediglich im **Vorhinein und vorsorglich** für die Angebote unserer Einrichtung interessieren, so benötigen wir den **Bogen 1 „Vor Anmeldung“** an unten aufgeführte Adresse (per Post/Fax/Mail). Zur Voranmeldung in diesem Sinne benötigen wir **nur** diese Daten

Unmittelbar zum Einzug benötigen wir dann die Informationen wie aufgeführt in **Bogen 2 „Aufnahmedaten – notwendige Unterlagen“**.

Sollten Sie den Bogen 1 noch nicht ausgefüllt haben, so benötigen wir diesen natürlich auch. Ansonsten überprüfen Sie diesen bitte auf Aktualität.

Im Einzugsgespräch im unmittelbaren zeitlichen Vorfeld des Einzuges besprechen wir insbesondere den Bogen 2 mit Ihnen.

Zudem benötigen wir dann auch die dort aufgeführten **Unterlagen**.

Ihre

Einrichtungsleitung

**Haus Bergfrieden
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie
Albert-Pfeiffer-Straße 29**

55606 Kirn

Telefon: **06752-9113-0**
Fax: **06752-9113-444**
Mail: **haus-bergfrieden
@kreuznacherdiakonie.de**
Internet: **www.kreuznacherdiakonie.de/
Senioren/Seniorenhilfe/**



Voranmeldung (Bogen 1)

senden an

Haus Bergfrieden
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie
Albert-Pfeiffer-Straße 29

55606 Kirn

Telefon: **06752-9113-0**
Fax: **06752-9113-444**
Mail: **haus-bergfrieden**
@kreuznacherdiakonie.de
Internet: **www.kreuznacherdiakonie.de/**
Senioren/Seniorenhilfe/

Zur Voranmeldung benötigen wir folgende Informationen:

1. Angebot

Tagespflege	<input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>	Dauerpflege	<input type="checkbox"/>	Wohnen Plus	<input type="checkbox"/>
Einbettzimmer	<input type="checkbox"/>	Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/>	eigene Nasszelle	<input type="checkbox"/>	Apartment	<input type="checkbox"/>

2. Aufnahmezeitpunkt

vorsorglich	<input type="checkbox"/>	sofort	<input type="checkbox"/>	jederzeit	<input type="checkbox"/>	ab: _____
-------------	--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------

3. Persönliche Daten

Anrede		Titel	
Vorname		Geburtsname	
Name		Konfession	
Geburtsdatum		Nationalität	
Geburtsort			
Krankenkasse			
Familienstand	ledig <input type="checkbox"/>	verwitwet <input type="checkbox"/>	geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/>

Straße		Fax	
PLZ		Handy	
Ort		mail	
Telefon			

4. Pflegegrad aktuell

<1 1 2 3 4 5 seit: _____
beantragt: **nein** **ja** am _____
Eilbegutachtung beantragt am: _____
Höherstufung beantragt am: _____



5. Kontakte

1. Name, Vorname		Mobil	
<i>Straße</i>		mail	
<i>PLZ, Ort</i>			
<i>Telefon</i>		Fax	
Beziehung: familiär <input type="checkbox"/> _____ bevollmächtigt <input type="checkbox"/> Betreuer/-in <input type="checkbox"/> 1. Bezug <input type="checkbox"/>			
2. Name, Vorname		Mobil	
<i>Straße</i>		mail	
<i>PLZ, Ort</i>			
<i>Telefon</i>		Fax	
Beziehung: familiär <input type="checkbox"/> _____ bevollmächtigt <input type="checkbox"/> Betreuer/-in <input type="checkbox"/> 1. Bezug <input type="checkbox"/>			

Weitere Kontakte sind auf Bogen 2 möglich

6. weitere Informationen / Pflegebedarf / Vorsorge / Vorlieben / Besonderheiten:

Mit Ihren Daten gehen wir nach den geltenden gesetzlichen Vorgaben vertrauensvoll um. **Bitte bringen Sie erst nach der Aufnahmeentscheidung ärztliche Unterlagen, Bescheide, Patienten-verfügung, Vollmachten und Vorsorgeverfügungen (siehe Voranmeldung Bogen 2) mit.**

Sollten sich oben aufgeführte Angaben ändern, so teilen Sie uns dies bitte mit.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Interessierten oder Vertreter/-in



Aufnahmedaten - notwendige Unterlagen (Bogen 2)

Folgende Informationen (Fortsetzung Bogen 1) benötigen wir erst unmittelbar zum Einzug. Sollten sich die Daten auf dem *Voranmeldebogen Teil 1* geändert haben, bitte aktualisiert zum Erstgespräch mitbringen oder im Vorfeld zusenden:

Betrifft:

<i>Name</i>		<i>Geburtsdatum</i>	
<i>Vorname</i>		<i>Voranmeldebogen vom:</i>	
<i>Erstgespräch</i>	<i>am:</i> _____	<i>durch:</i> _____	<i>(Hdz.)</i> _____
<i>Erstbesuch</i>	<i>am:</i> _____	<i>durch:</i> _____	<i>(Hdz.)</i> _____

7. Aufenthaltsort vor Aufnahme

<i>Zu Hause</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Einrichtung im Aufnahmemonat</i>	<input type="checkbox"/> <i>Welche:</i> _____
		<i>Krankenhaus</i>	<input type="checkbox"/> <i>Welches:</i> _____

8. Hausarzt + Fachärzte und Krankenkasse

<i>Hausarzt</i>		<i>Facharzt 1:</i>	<i>Disziplin:</i> _____ <i>Name:</i> _____
<i>Facharzt 2:</i>	<i>Disziplin:</i> _____ <i>Name:</i> _____	<i>Facharzt 3:</i>	<i>Disziplin:</i> _____ <i>Name:</i> _____
<i>Weitere Versorgung durch Hausarzt gewährleistet</i>		<i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ersatz:</i> _____

9. Kostenträger (Kranken –Pflegekasse, Sozialamt)

<i>Krankenkasse</i>		<i>Versichertennummer.</i>	
<i>Zuzahlungsbefreit</i>	<i>ja</i> <input type="checkbox"/> <i>nein</i> <input type="checkbox"/>	<i>Beihilfeberechtigt</i>	<i>ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Prozent:</i> _____
<i>Kostenträger: Selbstzahler</i> <input type="checkbox"/> <i>Sozialhilfeträger</i> <input type="checkbox"/> <i>Antrag gestellt am</i> _____			
<i>Für den letzten Wohnort zuständiges Sozialamt</i>			

10. für die Abrechnung sind folgende Daten notwendig:

Rechnungsempfänger			
<i>Name, Vorname</i>		<i>Mobil</i>	
<i>Straße</i>		<i>mail</i>	
<i>PLZ, Ort</i>			
<i>Telefon</i>		<i>Fax</i>	
Die Kosten (Eigenanteil) werden beglichen			
<i>nach Rechnungsstellung</i> <input type="checkbox"/> <i>mit SEPA-Lastschriftverfahren</i> <input type="checkbox"/> <i>durch Sozialamt</i> <input type="checkbox"/>			
Kontodaten (wichtig für SEPA-Lastschriftverfahren)			
<i>Kontoinhaber/-in:</i>			
<i>IBAN:</i>			
<i>Bank:</i>			

11. weitere Kontakte (Fortsetzung von Bogen 1)

3. Name, Vorname		<i>Mobil</i>	
<i>Straße</i>		<i>mail</i>	
<i>PLZ, Ort</i>			
<i>Telefon</i>		<i>Fax</i>	
<i>Beziehung:</i> familiär <input type="checkbox"/> _____ bevollmächtigt <input type="checkbox"/> Betreuer/-in <input type="checkbox"/>			
4. Name, Vorname		<i>Mobil</i>	
<i>Straße</i>		<i>mail</i>	
<i>PLZ, Ort</i>			
<i>Telefon</i>		<i>Fax</i>	
<i>Beziehung:</i> familiär <input type="checkbox"/> _____ bevollmächtigt <input type="checkbox"/> Betreuer/-in <input type="checkbox"/>			

12. vor Aufnahme zu besprechen

<i>Vorvertragliche Informationen</i>	ausgehändigt <input type="checkbox"/> Internet Download <input type="checkbox"/>
<i>Aufklärung zur persönliche Haftung (Haftpflichtversicherung)</i>	erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<i>Beratung zur Antragstellung beim Sozialamt</i>	erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<i>Information + Beratung zum Umgang mit Wertsachen / Barbetragkonto</i>	erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<i>Information + Beratung zur Wäschepflege und Kennzeichnung der Wäsche</i>	erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<i>Information zur Hausarztversorgung</i>	erfolgt: Ja <input type="checkbox"/>
<i>Information zur Inkontinenzversorgung</i>	erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> nicht inkontinent <input type="checkbox"/>
Nur Tagespflege: <i>Informationen zur Medikamentengabe ausgehändigt?</i>	erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

13. folgende Hilfsmittel werden beim Einzug mitgebracht

<i>Art</i>	<i>Hersteller</i>	<i>Lieferant</i>	<i>Gerätenummer</i>	<i>Eigentum</i>
				<i>Selbst</i> <input type="checkbox"/> <i>Kasse</i> <input type="checkbox"/>
				<i>Selbst</i> <input type="checkbox"/> <i>Kasse</i> <input type="checkbox"/>
				<i>Selbst</i> <input type="checkbox"/> <i>Kasse</i> <input type="checkbox"/>
				<i>Selbst</i> <input type="checkbox"/> <i>Kasse</i> <input type="checkbox"/>

14. als Unterlagen vor der AUFNAHME abzugeben

Beratung zur Vorsorgevollmacht	erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht vorhanden <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht abgegeben: Ja <input type="checkbox"/>
Beratung zur Betreuung (gerichtlich bestellt)	erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde abgegeben: Ja <input type="checkbox"/>
Beratung zur Patientenverfügung	erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> Patientenverfügung abgegeben: Ja <input type="checkbox"/>
Information zur Pflegebegutachtung	erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> noch nicht erfolgt <input type="checkbox"/> Antrag als Kopie abgegeben Ja <input type="checkbox"/>
Bescheid über Pflegegrad	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Bescheinigung zur Beihilfe	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Aktuelle Rentenbescheide (alle Renten)	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Krankenversichertenkarte	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Befreiungsausweis	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Personalausweis	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Schwerbehindertenausweis	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Antrag auf Leistungen durch Pflegekasse (KZP, stationär, incl. 43 b Leistungen)	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Aktuelle Arztberichte (gegebenenfalls zur Weitergabe an neuen Hausarzt)	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Ärztlicher Fragebogen	zur Abgabe bei Aufnahme ausgehändigt <input type="checkbox"/> abgegeben Ja <input type="checkbox"/>

15. weitere wichtige Informationen / Pflegebedarf / Vorsorge / Vorlieben / Besonderheiten:

Ort, Datum

Unterschrift der Bewohnerin/des Bewohners /
Gast oder Vertreter/-in