



## 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** „**Voranmeldung**“ 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*

**Elisabeth Jaeger Haus  
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie  
Bösgrunder Weg 21**

**55543 Bad Kreuznach**

Telefon: **0671-6053634**  
Fax: **0671-6053633**  
Mail: **elisabeth-jaeger-  
haus@kreuznacherdiakonie.de**  
Internet: **www.kreuznacherdiakonie.de/  
Senioren/Seniorenhilfe/**



## Voranmeldung (Bogen 1)

### senden an

Elisabeth Jaeger Haus  
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie  
Bösgrunder Weg 21

55543 Bad Kreuznach

Telefon: 0671-6053634  
Fax: 0671-6053633  
Mail: elisabeth-jaeger-  
haus@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: \_\_\_\_\_



kreuznacher  
diakonie

### 5. Kontakte

|  |  |       |  |
|--|--|-------|--|
| <b>1. Name, Vorname</b>  |  | 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"/> |  |       |  |
| <b>2. Name, Vorname</b>  |  | 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> _____<br><i>Name:</i> _____ |
| <i>Facharzt 2:</i>                                     | <i>Disziplin:</i> _____<br><i>Name:</i> _____ | <i>Facharzt 3:</i>                               | <i>Disziplin:</i> _____<br><i>Name:</i> _____ |
| <i>Weitere Versorgung durch Hausarzt gewährleistet</i> |   | ja <input type="checkbox"/> <i>Ersatz:</i> _____ |   |

### 9. Kostenträger (Kranken –Pflegekasse, Sozialamt)

|  |   |                            |  |
|--|---|----------------------------|--|
| <i>Krankenkasse</i>  |   | <i>Versichertennummer.</i> |  |
| <i>Zuzahlungsbefreit</i>   | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | <i>Beihilfeberechtigt</i>  | ja <input type="checkbox"/> Prozent: _____ |
| <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:

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

### 11. weitere Kontakte (Fortsetzung von Bogen 1)

|   |  |              |  |
|---|--|--------------|--|
| <b>3. Name, Vorname</b>   |  | <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"/> |  |              |  |
| <b>4. Name, Vorname</b>   |  | <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"/>  |
| <b>Nur Tagespflege:</b> <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"/><br>Vorsorgevollmacht vorhanden <input type="checkbox"/><br><b>Vorsorgevollmacht abgegeben:</b> Ja <input type="checkbox"/> |
| Beratung zur Betreuung (gerichtlich bestellt)                                   | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/><br><b>Betreuungsurkunde abgegeben:</b> Ja <input type="checkbox"/>   |
| Beratung zur Patientenverfügung   | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/><br><b>Patientenverfügung abgegeben:</b> Ja <input type="checkbox"/>  |
| Information zur Pflegebegutachtung  | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> noch nicht erfolgt <input type="checkbox"/><br><b>Antrag als Kopie abgegeben</b> 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"/><br><b>abgegeben</b> Ja <input type="checkbox"/>   |

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

Ort, Datum

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