



Voranmeldung und Aufnahmebogen

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 bzw. Unterlagen 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 Gespräch zum Einzug - 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

Dr. Theodor Fricke Altenpflegeheim
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie
Kirchberger Straße 2
55469 Simmern

Telefon: 06761/9575-0
Fax: 06761/9575-23
mail: dr-theodor-fricke@kreuznacherdiakonie.de
Internet: www.kreuznacherdiakonie.de/Senioren/Seniorenhilfe/

senden an

Voranmeldung (Bogen 1)

Dr. Theodor Fricke Altenpflegeheim
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie
Kirchberger Straße 2
55469 Simmern

Telefon: 06761/9575-0
 Fax: 06761/9575-23
 mail: dr-theodor-fricke@kreuznacherdiakonie.de
 Internet: www.kreuznacherdiakonie.de/Senioren/
 Seniorenhilfe/

Zur Voranmeldung benötigen wir folgende Informationen:

1. Angebot (*falls in der Einrichtung vorhanden)			
Tagespflege <input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	Dauerpflege <input type="checkbox"/>	Wohnen Plus <input type="checkbox"/>
	Eingestreuete KZP <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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> seit: _____
beantragt: nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> am _____ durch: _____
Eilbegutachtung beantragt <input type="checkbox"/>	am: _____ durch: _____
Höherstufung beantragt <input type="checkbox"/>	am: _____ durch: _____

5. Kontakte (weitere Kontakte sind auf Bogen 2 möglich)

1. Name, Vorname		Mobil	
Straße		mail	
PLZ, Ort			
Telefon		Fax	

Beziehung: familiär _____ bevollmächtigt Betreuer/-in 1. Bezug

2. Name, Vorname		Mobil	
Straße		mail	
PLZ, Ort			
Telefon		Fax	

Beziehung: familiär _____ bevollmächtigt Betreuer/-in 1. Bezug

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 diesen aktualisiert zum Erstgespräch mitbringen oder am besten im Vorfeld zusenden:

Betrifft:

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Voranmeldebogen vom:	
Erstgespräch	am: _____	durch: _____ (Hdz.)	_____
Erstbesuch	am: _____	durch: _____ (Hdz.)	_____

7. Aufenthaltsort vor Aufnahme

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

8. Hausarzt + Fachärzte

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

9. Kostenträger (Kranken –Pflegekasse, Sozialamt)

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

10. für die Abrechnung sind folgende Daten notwendig:

Rechnungsempfänger

Name, Vorname		Mobil	
Straße		mail	
PLZ, Ort			
Telefon		Fax	

Rechnung als PDF gewünscht ja

Die Kosten (Eigenanteil) werden beglichen

nach Rechnungsstellung mit SEPA-Lastschriftverfahren durch Sozialamt

Kontodaten (wichtig für SEPA-Lastschriftverfahren)

Kontoinhaber*in:	
IBAN:	
Bank:	

11. weitere Kontakte (Fortsetzung von Bogen 1)

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

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

5. Physiotherapie und Logopädie:

6. Frisör und Fußpflege:

12. vor Aufnahme zu besprechen

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

13. folgende Hilfsmittel werden beim Einzug mitgebracht

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

14. vor Aufnahme zu klären + als Unterlagen 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"/>
Aktuelle Rentenbescheide (alle Renten)	<u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Beratung zur Rentenüberleitung	erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> Anträge abgegeben: Ja <input type="checkbox"/>
Bescheid über Pflegegrad	<u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <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"/>
Bescheinigung zur Beihilfe	<u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Krankenversichertenkarte	<u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Befreiungsausweis	<u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Personalausweis	<u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Schwerbehindertenausweis	<u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Antrag auf Leistungen durch Pflegekasse (KZP, stationär, incl. 43 b Leistungen) gestellt	<u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
Aktuelle Arztberichte (gegebenenfalls zur Weitergabe an neuen Hausarzt)	<u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
(Haus)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 Bewohner*in/ Gast oder Vertreter* in