



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 am Steinhübel
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie
Meißenwies 16**

66123 Saarbrücken

Telefon: **0681/66503-10**
Fax: **0681/66503-19**
Mail: **Haus-am-Steinhuebel
@kreuznacherdiakonie.de**
Internet: **www.kreuznacherdiakonie.de/
Senioren/Seniorenhilfe/**

Titel: Voranmeldung und Aufnahme								
Ident.-Nr.:	VA I3_5.1 F003	Überarbeitet von:	Erstvers.	am	Erstvers.	Version 1		
Erstellt von:	QM	am:	01.01.2017	Änderung zur Vorvers.	Ja / Nein			
Freigegeben durch:	GF	am:	25.10.2017	Änderung freigegeben durch	GF	am	Erstvers.	Seite 1 von 6



kreuznacher
diakonie

Voranmeldung (Bogen 1)

senden an

Hausname
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie
Straße
PLZ / ORT

Telefon: **Nummer**
Fax: **FAX**
Mail: **Hausmail**
Internet: **www.kreuznacherdiakonie.de/
Senioren/Seniorenhilfe/**

Zur Voranmeldung benötigen wir folgende Informationen:

1. Angebot

Tagespflege Kurzzeitpflege Dauerpflege Wohnen Plus

Einbettzimmer Zweibettzimmer eigene Nasszelle Apartment

2. Aufnahmezeitpunkt

vorsorglich sofort jederzeit 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: _____

Titel: Voranmeldung und Aufnahme		Überarbeitet von: Erstvers.		am	Erstvers.	Version 1
Ident.-Nr.:	VA I3_5.1 F003	Änderung zur Vorvers. Ja / Nein				
Erstellt von:	QM	am:	01.01.2017			
Freigegeben durch:	GF	am:	25.10.2017	am	Erstvers.	Seite 2 von 6



5. Kontakte

1. Name, Vorname		Mobil	
<i>Straße</i>		mail	
<i>PLZ, Ort</i>			
<i>Telefon</i>		Fax	

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

2. Name, Vorname		Mobil	
<i>Straße</i>		mail	
<i>PLZ, Ort</i>			
<i>Telefon</i>		Fax	

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

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

Titel: Voranmeldung und Aufnahme		Überarbeitet von: Erstvers.		am	Erstvers.	Version 1		
Ident.-Nr.:	VA I3_5.1 F003	Änderung zur Vorvers.		Ja / Nein				
Erstellt von:	QM	am:	01.01.2017					
Freigegeben durch:	GF	am:	25.10.2017	Änderung freigegeben durch	GF	am	Erstvers.	Seite 3 von 6



kreuznacher
diakonie

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>Facharzt 3:</i>	<i>Disziplin:</i> _____
	<i>Name:</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:

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

Titel: Voranmeldung und Aufnahme			
Ident.-Nr.:	VA I3_5.1 F003	Überarbeitet von:	Erstvers. am Erstvers. Version 1
Erstellt von:	QM am: 01.01.2017	Änderung zur Vorvers.	Ja / Nein
Freigegeben durch:	GF am: 25.10.2017	Änderung freigegeben durch	GF am Erstvers. Seite 4 von 6

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"/>
Biografiebogen	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

Titel: Voranmeldung und Aufnahme		Überarbeitet von: Erstvers.		am	Erstvers.	Version 1		
Ident.-Nr.:	VA I3_5.1 F003	Änderung zur Vorvers.		Ja / Nein				
Erstellt von:	QM	am:	01.01.2017					
Freigegeben durch:	GF	am:	25.10.2017	Änderung freigegeben durch	GF	am	Erstvers.	Seite 6 von 6