



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

**Luise Deutsch Haus
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie
Vier Winde Straße 41**

66773 Schwalbach

Telefon: **06834 - 909050**
Fax: **06834 - 90905109**
Mail: **luise-deutsch-haus
@kreuznacherdiakonie.de**
Internet: **www.kreuznacherdiakonie.de/
Senioren/Seniorenhilfe/**



Voranmeldung (Bogen 1)

senden an

Luise Deutsch Haus
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie
Vier Winde Straße 41

66773 Schwalbach

Telefon: **06834 - 909050**
 Fax: **6834 - 90905109**
 Mail: **luise-deutsch-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: _____



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