



## 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*

**Wohnpark Katharina von Bora  
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie  
Ringstraße 32**

**66538 Neunkirchen**

Telefon: 06821-903-0

Fax: 06821-903-111

Mail: [wohnpark-katharina-von-bora@kreuznacherdiakonie.de](mailto:wohnpark-katharina-von-bora@kreuznacherdiakonie.de)

Internet: [www.kreuznacherdiakonie.de/Senioren/  
Seniorenhilfe](http://www.kreuznacherdiakonie.de/Senioren/Seniorenhilfe)

senden an

## Voranmeldung (Bogen 1)

Wohnpark Katharina von Bora  
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie  
Ringstraße 32

66538 Neunkirchen

Telefon: 06821-903-0

Fax: 06821-903-111

Mail: wohnpark-katharina-von-bora@kreuznacherdiakonie.de

Internet: [www.kreuznacherdiakonie.de/Senioren/Seniorenhilfe](http://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"/>
	Eingestreute 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: <b>nein</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> <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)**

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

Beziehung: familiär  \_\_\_\_\_ bevollmächtigt  Betreuer/-in  1. Bezug

<b>2.</b> 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)

<b>3. Name, Vorname</b>		Mobil	
Straße		mail	
PLZ, Ort			
Telefon		Fax	
Beziehung: familiär <input type="checkbox"/> _____ bevollmächtigt <input type="checkbox"/> Betreuer*in <input type="checkbox"/>			
<b>4. Name, Vorname</b>		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"/>
<b>Nur Tagespflege:</b> Informationen zur Medikamentengabe ausgehändigt?	erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Nur Tagespflege:</b> Fahrzone	Fahrzone 1 (bis 8 km) Fahrzone 2 (ab 8 km)

### 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"/> <b>abgegeben</b> Ja <input type="checkbox"/>
15. weitere wichtige Informationen / Pflegebedarf / Vorsorge / Vorlieben / Besonderheiten:	

Ort, Datum

Unterschrift der Bewohner\*in/ Gast oder Vertreter\* in