

**Heimaufnahmeantrag für das Wohn- und Pflegeheim Haus Kamilla**

Am Hohen Münster 8, 95030 Hof, Tel.: 09281 / 7891-0, Fax: 09281 / 7891- 99

www.awo-hof.de Stand: 01.01.2017

Formular bitte zusammen mit ärztl. Fragebogen vor Heimaufnahme abgeben

01. Name, Vorname:Geburtsname:
02. geboren am:Geburtsort:.....
03. Wohnadresse: Telefon:.....
04. derzeitiger Aufenthalt in:.....
05. Familienstand* seit: * Konfession : *früherer Beruf:
06. Angehörige/Adresse:
 Telefon: E-Mail:..... wie verwandt:.....
 Angehörige/Adresse:.....
 Telefon: E-Mail:..... wie verwandt:.....
 Angehörige/Adresse:
 Telefon: E-Mail:..... wie verwandt:.....
07. Gesetzl. Betreuer: O ja, seit: O nein O beantragt am:
 Wirkungskreis:
08. Ansprechpartner für Schriftverkehr/Adresse:
09. Rechnungsempfänger/Adresse:.....
10. Hausarzt : Adresse/Telefon:
 Hausarzt soll beibehalten werden: O ja O nein
11. Bestattungsinstitut: Adresse/Telefon:
 Pfarramt/Pfarrer für Bestattungen: Telefon:
12. Krankenkasse:Zuzahlungsbefreit:O ja O nein
 Mitgliedsnummer: Zusatzbetreuungsbedarf nach § 43 b SGB XI:O ja O nein
13. Inkontinenz vorhanden: O ja O nein
 Rezept des Hausarztes liegt vor: O ja O nein, wird bei Einzug gebracht
14. Schwerbehindertenausweis vorhanden : O nein O ja, gültig bis: Beihilfe/Zusatzversicherung:
15. Kostenträger: O über anfallende Kosten wurde informiert, aktueller Pflegesatz mitgeteilt
 O Sozialhilfe wird benötigt ab: Sozialhilfe wurde beantragt:.....
16. Bankverbindung (für Lastschriftverfahren/SEPA): siehe Anlage 9, Seite 29 Betreuungsvertrag: Erledigt: O ja...O nein
17. Pflegegrad vorhanden: O ja; seit: im Pflegegrad: O nein
18. Termin zur Aufnahme:O Dauerpflege O Kurzzeitpflege vonbis:.....
 Verschiebt sich der festgelegte Einzugstermin, dann wird der Bettplatz gegen eine Gebühr (DZ: 17,14 €) verbindl. reserviert.
19. Gewünscht wird ein O Einzelzimmer, die Mehrkosten werden übernommen O Doppelzimmer
20. Friseur übers Haus gewünscht O ja O nein Bankeinzug: O ja O nein
 Was soll gemacht werden bzw. wie oft?.....
21. Fußpflege übers Haus gewünscht O ja O nein Bankeinzug: O ja O nein
22. Getränke vom Haus gewünscht O ja O nein
23. Bargeld in Verwaltung O ja O nein
24. Medikamente über Michaelisapotheke O ja O nein
25. Telefon vom Haus gewünscht O ja O nein
26. Wie wurden Sie auf unser Haus aufmerksam? O Sozialdienst/Krankenhaus O Sozialstation
 O Presse/Werbung O Bekannte O Behörde O Essen auf Rädern

Ort, Datum Unterschrift des Bewohners ggf. Unterschrift des gesetzlichen Betreuers

Ein Anspruch auf einen Heimplatz entsteht erst durch einen abgeschlossenen Wohn- und Betreuungsvertrag!

*freiwillige Angaben