

**unverbindliche Anfrage/Reservierung**

Hier kontaktieren wir Sie jeweils bei einem freiwerdenden Platz und Sie entscheiden, ob Sie verbindlich reservieren möchten.

**verbindliche Reservierung** – gewünschtes Aufnahme datum: \_\_\_\_\_

Dauerpflege

Kurzzeitpflege: von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Bewohner/-in**

Vorname(n) Bewohner/-in:	Name Bewohner/-in:
<u>Adresse Bewohner/-in:</u> Strasse: _____ Plz/Ort: _____ Telefon: _____ Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____	Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Krankenkasse: _____ Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt Wenn ja, bitte Pflegegrad-Bescheid in Kopie beifügen Pflegegrad: _____ seit: _____ Versicherungsnr.: _____ Zuzahlungsbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte eine Kopie des Befreiungsausweises beifügen
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	

**Anschriften der Angehörigen/ Vertrauenspersonen:**

Name, Vorname	Verwandschaftsgrad?	Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon/E-Mail

**Gesetzliche Betreuung/ Vollmacht:**

<input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuung <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung  Bitte entsprechende Unterlagen in Kopie beifügen	Name, Anschrift, Telefon, E-Mail Betreuer/-in/ Bevollmächtigte:
--	--

**Preisübersicht vollstationäre Pflege (Selbstzahler)** 01.01.2017-28.02.2018

	Pflegebed. Aufwand	Unterkunft	Ver-pflegung	Investitions-aufwen-dungen	Ausbildungs-zuschlag	Gesamt-heimentgelt pro Tag
□PG1	33,23 €	11,57 €	7,71 €	13,00 €	1,66 €	67,17 €
□PG2	42,60 €	11,57 €	7,71 €	13,00 €	1,66 €	76,54 €
□PG3	58,78 €	11,57 €	7,71 €	13,00 €	1,66 €	92,72 €
□PG4	75,64 €	11,57 €	7,71 €	13,00 €	1,66 €	109,58 €
□PG5	83,20 €	11,57 €	7,71 €	13,00 €	1,66 €	117,14 €

**Preisübersicht vollstationäre Pflege (Sozialhilfeempfänger)** 01.01.2017-28.02.2018

	Pflegebed. Aufwand	Unterkunft	Ver-pflegung	Investitions-aufwen-dungen	Ausbildungs-zuschlag	Gesamt-heimentgelt pro Tag
□PG1	33,23 €	11,57 €	7,71 €	10,47 €	1,66 €	64,64 €
□PG2	42,60 €	11,57 €	7,71 €	10,47 €	1,66 €	74,01 €
□PG3	58,78 €	11,57 €	7,71 €	10,47 €	1,66 €	90,19 €
□PG4	75,64 €	11,57 €	7,71 €	10,47 €	1,66 €	107,05 €
□PG5	83,20 €	11,57 €	7,71 €	10,47 €	1,66 €	114,61 €

**Kostenrechnung bei 30,42 Tagen (Selbstzahler)**

	Gesamtbetrag	abzüglich Anteil Pflegekasse	Eigenanteil
□PG1	2.043,32 €	125,00 €	1.918,32 €
□PG2	2.328,35 €	770,00 €	1.558,35 €
□PG3	2.820,55 €	1.262,00 €	1.558,55 €
□PG4	3.333,43 €	1.775,00 €	1.558,43 €
□PG5	3.563,40 €	2.005,00 €	1.558,40 €

**Preisübersicht Kurzzeit**

**Kostenrechnung bei 28 Tagen, Abrechnung erfolgt taggenau**

	Gesamtbetrag	abzüglich Anteil Pflegekasse	Eigenanteil
□PG1	1.880,76 €	0,00 €	1.880,76 €
□PG2	2.143,12 €	1.239,28 €	903,84 €
□PG3	2.596,16 €	1.612,00 €	984,16 €
□PG4	3.068,24 €	1.612,00 €	1.456,24 €
□PG5	3.279,92 €	1.612,00 €	1.667,92 €

Hiermit verpflichte ich mich, für den Fall der Heimaufnahme, die durch den Aufenthalt im Seniorenheim Theresa entstehenden Kosten in voller Höhe, für die Dauer der Zahlungspflicht als Selbstschuldner zu übernehmen und im Voraus, spätestens bis zum 15. des Monats zu bezahlen.

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ/ Ort:

Unterschrift Bewohner

Unterschrift Bevollmächtigter/ Betreuer

### Zusätzliche Betreuungs- & Aktivierungsleistungen i.S.d. § 43b, 84 Abs. 8 SGB XI

Personen, die i.S.d. § 43b, 84 Abs. 8 SGB XI in diesen Personenkreis fallen, erhalten:

**Kurzzeitpflege:** pro Tag einen Pauschalbetrag von € 4,08,

**Vollstationär:** pro Monat einen Pauschalbetrag von € 124,00,

den der Heimträger direkt mit der Pflegekasse abrechnet.

### Finanzierung der Heimkosten durch:

Das Barvermögen sowie Einkommen ist ausreichend, um die monatlichen Heimkosten zu finanzieren

ja  nein

Der verbleibende Restbetrag wird aufgebracht durch:

Monatliches Einkommen (z.B. Rente) – bitte Nachweise in Kopie beifügen

Zuzahlung aus Barvermögen oder sonstigen Einkünften (z.B. Sparguthaben)

Leistungen des Sozialamtes beantragt am: \_\_\_\_\_

Bitte bedenken Sie, dass bei der Unterstützung durch den Sozialhilfeträger keine rückwirkende Zahlung möglich ist.

Sozialamt: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Bitte Kostenübernahmebescheid in Kopie beifügen!

**Beihilfeberechtigung:**  ja  nein

### Zukünftige Rechnungsanschrift:

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Plz/Ort: \_\_\_\_\_

**Besteht eine private Haftpflichtversicherung:**  ja  nein

**Erforderliche Unterlagen - Erledigungen vorm bzw. beim Einzug in unsere Einrichtung:**

**Verwaltung:**

- Ärztlicher Fragebogen, letzter Arztbrief
- Ärztliches Attest, dass keine meldepfl. Erkrankung i.S.d. IfSG §§ 6,7 vorliegt
- Befreiungsausweis bzgl. Zuzahlung bei Medikamenten (falls vorhanden)
- Versicherungskarte der Krankenkasse
- Pflegeeinstufungsbescheid bzw. Beantragung
- Aktueller Rentenbescheid
- Antrag Sozialhilfe/ Bescheid Kostenübernahme Sozialamt
- Formular zur Rentenüberleitung
- Formular für Bankeinzug
- Betreuerausweis
- Patientenverfügung/ Betreuungsvollmacht
- Personalausweis im Original/ Reisepass

**Wohnbereich:**

- Kleidung für ca. 7 Tage
- Rollstuhl/ Rollator
- Medikamente
- Medikamentenverordnungsblatt, m. Unterschrift vom Arzt
- Inkontinenzmaterial (nur bei Kurzzeitpflege)
- Biographiebogen
- Herzschrittmacherausweis (sofern vorhanden)

**Taschengeldkonto für Bewohner/-in**

Taschengeldkonto für den Bewohner/-in gewünscht?  ja  nein

Wenn ja – bitte Bankverbindung bezüglich Überweisung bei der Verwaltung erfragen.

**Wäsche Bewohner/-in**

Sollen die Wäschestücke gekennzeichnet werden? (bei vollstationärer Pflege)

ja  nein  wird privat gewaschen

**Post für Bewohner**

Post:

Zusendung (Porto über Taschengeldkonto)  Abholung in der Verwaltung

**Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht zu haben.**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller    Betreuer/Bevollmächtigter



Hausarzt:

Name:	Straße:
PLZ/ Ort:	Tel:

### Ärztlicher Fragebogen

(Vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Name:	Vorname:
Geb.:	

Bestehen **meldepflichtige Krankheiten** i.S.d. §§ 6,7 lt. SG (MRSA, TBC, AIDS, HIV oder Hepatitis Typ C)

<input type="checkbox"/> ja, folgende:	<input type="checkbox"/> nein
--	-------------------------------

Diagnosen


Aktuelle Medikation

Medikament/ Verabreichungsform	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkungen

Allergien/ Unverträglichkeiten


Stimmungslage


Hautzustand


Dekubitus

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, wo?	

Ernährung

<input type="checkbox"/> Normale Kost	<input type="checkbox"/> passierte Kost	<input type="checkbox"/> Sondenernährung
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

Ausscheidung

Harninkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Stuhlinkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich

Hilfsmittel


Hinweise/ Ergänzungen


Ärztliche Betreuung erfolgt im Heim auch weiterhin von Ihnen

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes