



## **Informationen zur Heimaufnahme im Seniorenzentrum der Barmherzigen Brüder Trier**

**Wir freuen uns, dass Sie sich für uns entschieden haben. Bevor jedoch ein Vertrag zustande kommen kann und wir Sie in unserem Haus begrüßen können, benötigen wir noch folgende Unterlagen von Ihnen:**

- Anmeldung zur Heimaufnahme
- Ärztlicher Fragebogen
- Sofern Sie aus dem Krankenhaus kommen oder durch einen Ambulanten Pflegedienst versorgt werden benötigen wir einen Pflegeüberleitbogen von der Einrichtung
- Personalausweis
- Schwerbehindertenausweis
- Letzter Rentenbescheid in Kopie
- Krankenversicherungskarte
- Rezeptgebührenbefreiung
- Fahrkostenbefreiung
- Rundfunkgebührenbefreiung
- Bescheid der Pflegekasse über die Einstufung
- Wenn ein Betreuer bestellt ist die Urkunde des Amtsgerichtes
- Sonstige bestehenden Vollmachten
- Patientenverfügung falls vorhanden

Kopie von

- Heiratsurkunde
- Geburtsurkunde
- Sterbeurkunde des Ehegatten

**Bitte vergessen Sie nicht am Tag des Einzuges folgendes mitzubringen:**

- Medikamente
- evtl. Gehhilfe bzw. Rollstuhl oder sonstige Hilfsmittel
- Pflegeartikel/ Kosmetika, Nagelpflegeset, Fön, Bürste, Zahnbecher, Prothesenbecher, Zahnbürste, Cremes, Kulturbeutel, Bürste, Kamm
- Kleidung sowie Wäsche siehe Wäschebrief
- Persönliche Möbel, Bilder, Dekorationsartikel



## Anmeldung zur Heimaufnahme

Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  Vollstationärepflege ab: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten des zukünftigen Bewohners

|                      |                                   |                      |
|----------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Name:                | Vorname:                          | Geburtsname:         |
| Wohnort:             | Postleitzahl:                     | Strasse/ Hausnummer: |
| Telefonnummer:       | Konfession:                       | Pfarrei:             |
| Geburtsdatum:        | Geburtsort:                       | Familienstand:       |
| Staatsangehörigkeit: | Pflegestufe:<br>Bescheid beilegen |                      |

### Wichtige Adressen

|                        |                      |            |
|------------------------|----------------------|------------|
| <b>Hausarzt:</b>       | Telefonnummer:       | Faxnummer: |
| Wohnort/ Postleitzahl: | Strasse/ Hausnummer: | HandyNr.:  |
| <b>Facharzt:</b>       | Telefonnummer:       | Faxnummer: |
| Wohnort/ Postleitzahl: | Strasse/ Hausnummer: | HandyNr.:  |
| <b>Facharzt:</b>       | Telefonnummer:       | Faxnummer: |
| Wohnort/ Postleitzahl: | Strasse/ Hausnummer: | HandyNr.:  |
| <b>Angehörige:</b>     | Telefonnummer:       | Faxnummer: |
| Wohnort/ Postleitzahl: | Strasse/ Hausnummer: | HandyNr.:  |
| <b>Angehörige</b>      | Telefonnummer:       | Faxnummer: |
| Wohnort/ Postleitzahl: | Strasse/ Hausnummer: | HandyNr.:  |
| <b>Angehörige</b>      | Telefonnummer:       | Faxnummer: |
| Wohnort/ Postleitzahl: | Strasse/ Hausnummer: | HandyNr.:  |



## Wichtige Adressen

|                        |                      |            |
|------------------------|----------------------|------------|
| <b>Betreuer:</b>       | Telefonnummer:       | Faxnummer: |
| Wohnort/ Postleitzahl: | Strasse/ Hausnummer: | HandyNr.:  |
| <b>Sonstige:</b>       | Telefonnummer:       | Faxnummer: |
| Wohnort/ Postleitzahl: | Strasse/ Hausnummer: | HandyNr.:  |

## Kostenträger

**Bitte geben Sie die Adressen an die für die Kosten aufkommen.**

|                            |                |                      |
|----------------------------|----------------|----------------------|
| <b>Krankenkasse:</b>       | Telefonnummer: | Faxnummer:           |
| Ort:                       | Postleitzahl   | Strasse/ Hausnummer: |
| <b>Pflegekasse:</b>        | Telefonnummer: | Faxnummer:           |
| Ort:                       | Postleitzahl   | Strasse/ Hausnummer: |
| <b>Sozialamt:</b>          | Telefonnummer: | Faxnummer:           |
| Ort:                       | Postleitzahl   | Strasse/ Hausnummer: |
| <b>Beihilfe:</b>           | Telefonnummer: | Faxnummer:           |
| Ort:                       | Postleitzahl   | Strasse/ Hausnummer: |
| <b>Selbstzahler:</b>       | Telefonnummer: | Faxnummer:           |
| Ort:                       | Postleitzahl   | Strasse/ Hausnummer: |
| <b>Rechnungsempfänger:</b> | Telefonnummer: | Faxnummer:           |
| Ort:                       | Postleitzahl   | Strasse/ Hausnummer: |



|   |   |  |
|---|---|--|
| Möchten Sie einen Zimmerschlüssel?<br>Möchten Sie einen Telefonanschluss?<br>Unterbringung nach Möglichkeit                 | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Einzel-<br>EZ – Zuschlag<br>1,02 € pro Tag | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Doppel-<br>zimmer |
| Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Toilettenstuhl,<br>Wechseldruckauflage, Gelkissen) die bei der<br>Aufnahme mitgebracht werden. | <b>Persönlicher<br/>Eigentum</b>  | <b>Krankenkassen-<br/>eigentum</b>   |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
| <b>Bitte erläutern Sie kurz aus Ihrer Sicht den Grund für die Anmeldung:</b>  |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (des zukünftigen  
Heimbewohners oder dessen  
gesetzl. Vertreters)

## **Anlage zum Heimvertrag**

Der Bewohner erklärt sich damit einverstanden, dass der behandelnde Arzt das Heim über die Erfordernisse der täglichen Pflege informiert und die erforderlichen Medikation schriftlich mitteilt. Er befreit ihn insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Trier den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (des zukünftigen  
Heimbewohners oder dessen  
gesetzl. Vertreters)