

Qualitätsmanagement Handbuch	Ev. Altenhilfezentrum gGmbH	 Evangelische Altenhilfezentrum gGmbH Ernst-Stoltenhoff-Haus Das Herz zählt.
Kapitel: C 1.2	Thema: Beratung vor Heimaufnahme	Geltungsbereich: Aufnahme/Beratung

C 1.2.3 Anfrage zum Heimeinzug

1. Name, Vorname des Interessenten			
2. Adresse	Straße:		Telefon:
	PLZ:	Ort:	
3. Geburtsdaten	Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsname:
4. Familienstand	verh. ☐ gesch. ☐ ledig ☐ verw. ☐		
5. Konfession und Staatsangehörigkeit			
6. Derzeitiger Aufenthalt	Krankenhaus ☐ Altenheim ☐ Zuhause ☐		
7. Betreuer/ Bevollmächtigter <i>(Bitte Nachweis in Kopie beifügen)</i> ☐ Keine Betreuung	Name:		Vorname:
	Straße:		PLZ:
	Telefon:		Ort:
	E-Mail:		
8. Name des nächsten Angehörigen ☐ Keine Angehörigen	Name:		Vorname:
	Straße:		PLZ:
	Telefon:		Ort:
	E-Mail:		
9. Hausarzt	Interessent wird vom Hausarzt in der Einrichtung weiterhin betreut: Ja ☐ Nein ☐ Wenn nein, soll die Einrichtung einen neuen Hausarzt um Übernahme bitten: Ja ☐ Nein ☐		
10. Fachärzte			
11. Kranken-/ Pflegekasse			Versichertennummer:

	erstellt von	geprüft von	freigegeben von	Version: 2	Seite: 1
Name / Hdz.	Fr. Dahmen		Fr. Häusler	Datum: 11.02.2025	von: 2

Qualitätsmanagement Handbuch	Ev. Altenhilfezentrum gGmbH	 Evangelische Altenhilfezentrum gGmbH Ernst-Stoltenhoff-Haus Das Herz zählt.
Kapitel: C 1.2	Thema: Beratung vor Heimaufnahme	Geltungsbereich: Aufnahme/Beratung

12. Einstufung Pflegeversicherung	Pflegegrad liegt vor: 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
	Höherstufung beantragt? Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, wann: _____ War der Interessent bereits in stationärer Pflege? Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, welche Einrichtung _____ Zeitraum: _____
13. Finanzierung/ Kostenträger	Aus Eigenmitteln: Ja ☐ Nein ☐ Nachweis _____ Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja ☐ Nein ☐ Mit Leistungen der Sozialhilfe: Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja; Wo und welcher Sachbearbeiter bearbeitet den Antrag: _____ Prüfung der Heimbedürftigkeit beantragt: Ja ☐ Nein ☐ Pflegewohnung beantragt: Ja ☐ Nein ☐ Zahlungspflichtiger (falls abweichend):
14. Rechnungsempfänger	
15. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐
16. Gewünschter Einzugstermin	
17. Ausweis (Bitte Nachweis in Kopie beifügen)	Personalausweis liegt vor: Ja ☐ Nein ☐ Schwerbehindertenausweis liegt vor: Ja ☐ Nein ☐ Medikamentenbefreiung liegt vor: Ja ☐ Nein ☐
18. Rechtliche Vertretung (Bitte Nachweis in Kopie beifügen)	Vorsorgevollmacht liegt vor: Ja ☐ Nein ☐ Patientenverfügung liegt vor: Ja ☐ Nein ☐
19. Hinweis, Ergänzungen, Bemerkungen	
Datum: _____ Unterschrift des Antragstellers	Ort: _____ Unterschrift des Betreuers / Bevollmächtigten

	erstellt von	geprüft von	freigegeben von	Version: 2	Seite: 2
Name / Hdz.	Fr. Dahmen		Fr. Häusler	Datum: 11.02.2025	von: 2