



Anmeldung
für Interessenten des
Bartholomäus Wohnparks
Hirtenackerstr. 45
95463 Bindlach
Tel.: 09208-603-0
Fax: 09208-603-444

Sehr geehrte Interessentin, liebe Antragstellerin / Sehr geehrter Interessent, lieber Antragsteller

Sie möchten sich bei uns für einen Heimplatz anmelden. Wir möchten Sie dazu bitten, diesen Anmeldebogen sowie den beigefügten ärztl. Fragebogen lückenlos auszufüllen, damit der Aufenthalt in unserem Haus gut vorbereitet und anschließend eine bestmögliche Versorgung gewährleistet werden kann.

Sollten Sie bei der Antragstellung oder Kostenklärung Hilfe benötigen, so stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Das ausgefüllte Anmeldeformular schicken Sie bitte mit allen Unterlagen zurück an:

Bartholomäus Wohnpark
z. Hd. Frau Dr. Wunder
Hirtenackerstr. 45
95463 Bindlach

1. Persönliche Angaben:

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname/n: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort/Land: _____

Derzeit wohnhaft: _____

PLZ, Ort: _____

Konfession: _____ Nationalität: _____

Familienstand: ledig verh. seit _____ verw. seit _____ gesch. seit _____

Wichtig: Bitte fügen Sie eine Kopie des Personalausweises bei!

Ansprechpartner (ggf. Bevollmächtigter/ Betreuer/ Verwandtschaftsgrad) für formale Angelegenheiten:

Anschrift für Schriftverkehr:

Tel., ggf. Fax, E-Mail: _____

Bitte Kopie der Beurkundung/ Vorsorgevollmacht beilegen

Wirkungskreis der **Vorsorgevollmacht** bzw. **der gerichtlichen Betreuung**:

Sind weitere Personen im Notfall zu verständigen?

Bitte **Name, ggf. Verwandtschaftsgrad, Adresse u. Telefon-Nr.** angeben (Ggf. dienstlich und privat):

2. Aufnahme und Kosten:

Die Aufnahme soll erfolgen am: _____ baldmöglichst Anmeldung vorsorglich

Die Kostenübernahme erfolgt durch:

Privatzahlungsvertrag

Rechnungsadresse: _____

Überörtlichen Sozialhilfeträger

Bei einer Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger muß unbedingt vor Aufnahme ein entsprechender Antrag beim zuständigen Amt gestellt werden, hierbei sind wir Ihnen gerne behilflich.

Überörtliche Sozialhilfverwaltung (zur Info: Kostenübernahme erfolgt in der Regel nur für DZ):

Zuständiger Sachbearbeiter: _____

Tel.: _____

Antragstellung erfolgt(e) am: _____

anderen Kostenträger: _____

Unterbringung erwünscht im **Einzelzimmer** **Doppelzimmer**

3. Krankenkasse / Arzt

Krankenkasse/Adresse: _____

Tel., ggf. Fax: _____

Versicherter: selbst _____ geb. am: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor: nein ja, befreit bis: _____

Bitte legen Sie uns die Befreiungsmitteilung der Krankenkasse vor.

Besteht Beihilfeanspruch: (wenn beim Versicherten o. Ehepartner beamtenrechtl. Ansprüche vorliegen)

nein ja, durch Stelle _____

Bei Pflegebedürftigkeit:

Einstufung durch Medizinischen Dienst erfolgte: nein

ja, am _____ Pflegegrad: _____ seit: _____

Bisheriger Hausarzt: Name: _____

Niederlassung der Praxis: _____

Tel.-Nr: u. Fax-Nr.: _____

Der bisherige Hausarzt soll beibehalten werden (vorausgesetzt Hausbesuche sind sichergestellt, bitte mit dem Arzt abklären!): ja nein

(Bei einem Arztwechsel lassen Sie bitte alle nötigen Arztberichte dem neuen Arzt zukommen)

Bisherige Therapeuten (Krankengymnasten, Masseur, Fußpfleger, Logopäden, etc.):

1. Name u. Tel.: _____

Bereich: _____

2. Name u. Tel.: _____

Bereich: _____

Sonstiges: _____

4. Zusatzleistungen:

Für das Reinigen u. die evtl. Handwäsche der Oberbekleidung werden die jeweils gültigen Preislisten unseres Wäscherei-Partners zugrunde gelegt.

Für Pflegeartikel (Shampoo, Dusch- u. Waschlotion, Körperlotion, Badezusatz) berechnen wir bei Inanspruchnahme 6,00 € monatlich.

Möchten Sie die Pflegeartikel vom Haus beziehen? ja nein

Gerne kann ein Fernseh- oder Rundfunkgerät mitgebracht bzw. vorgehalten werden. Durch den Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, besteht nun die Möglichkeit sich von der Rundfunkgebühr (GEZ) befreien bzw. sich abmelden zu lassen. Dabei sind wir Ihnen gerne behilflich.

Wünschen Sie einen eigenen Telefonanschluß? ja nein

Der Anschluss inklusive Apparat wird mit **monatlich 7,50 €** berechnet. Bei Verwendung eines eigenen Endgerätes berechnen wir für den **Anschluss monatlich 5,00 €**. Die Verbindungsgebühren werden nach Verbrauch mit **0,07 € pro Einheit** abgerechnet. Über die Möglichkeit der Telefonnutzung beraten wir Sie gerne.

Bitte vor Aufnahme erledigen:

- Evtl. Kostenübernahmeantrag beim zuständigen Sozialhilfeträger stellen. Eine Kopie des Antragseingangs muss **vor Aufnahme** bei uns eingehen.
- Krankenversicherungskarte muss vorliegen.
- Wäsche des Bewohners muss unbedingt mit dem vollen Namen (Vor- u. Zuname) gezeichnet sein. Bitte nähen Sie Wäschenamen gut sichtbar in die Kleidung ein. Bitte beschriften Sie nicht mit Kugelschreiber o.ä., da dies beim Waschen sehr leicht unleserlich wird.**
- Bitte Medikamente ausreichend für die erste Woche im Haus mitbringen.

Datenschutz: Laut Datenschutzgesetz sind wir verpflichtet Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten zum Zweck des geplanten Heimeinzugs verarbeitet werden. Wir heben die benötigten Unterlagen auf, bis es zum Abschluss eines Heimvertrags kommt bzw. bis Sie uns mitteilen, dass der Heimplatz nicht mehr benötigt wird (dies kann auch einen längeren Zeitraum als 6 Monate umfassen). Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, teilen Sie uns das bitte schriftlich mit, ansonsten setzen wir Ihr Einverständnis voraus.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift Bewohner/in bzw. Betreuer/in)