



## Anmeldung zum Einzug

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Zimmer: \_\_\_\_\_ Aufnahmeuhrzeit: \_\_\_\_\_

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Zimmer: \_\_\_\_\_ Aufnahmeuhrzeit: \_\_\_\_\_

1. Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Wohnort/Straße: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

2. Derzeitiger Aufenthalt (falls mit 1. nicht identisch): \_\_\_\_\_  
Wie wurden Sie auf St. Raphael aufmerksam? \_\_\_\_\_  
Wurde während des KH oder Reha Aufenthaltes ein Antrag nach § 3 gestellt?  
 ja  nein

3. Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Rezeptgebühren-Befreiung  Ja  Nein Wäschereinigung gewünscht  Ja\*  Nein  
(\*wenn ja, entstehen zusätzliche Kosten)  
**Wurde in diesem Jahr bereits Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?**  Ja\*  Nein  
\* wenn ja, berücksichtigen Sie bitte, dass sich die Pflegekasse **bis** zu 56 Tagen im Jahr an den Unterbringungskosten (pflegebedingter Aufwand) beteiligt, höchstens jedoch bis zu einer Zahlung von 1.612,00 €/Jahr.  
Waren Sie schon einmal Gast in der KZP St. Raphael?  Ja  Nein Wenn ja, wann zuletzt?

4. **Anmeldender/Ansprechpartner (Wer bekommt Rechnung und Vertrag? \_\_\_\_\_)**  
Name: \_\_\_\_\_ Wohnort/Straße: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

5. Liegt eine amtliche Betreuung des Vormundschaftsgerichtes oder eine Vorsorgevollmacht vor?  ja  nein  
falls ja: Bitte Bestellsurkunde in Kopie beifügen!  
Name: \_\_\_\_\_ Wohnort/Straße: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung vorhanden?**  Ja  Nein **Kopie bitte beifügen!**

6. Finanzierung der Kosten: \_\_\_\_\_ Anschrift des Kostenträgers: \_\_\_\_\_  
 Kostenträger  Pflegekasse \_\_\_\_\_  
 Eigenmittel \_\_\_\_\_  
Wurde bereits ein Antrag auf Kostenübernahme beim Kostenträger gestellt?  Ja  Nein

7. Zuständige Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

8. Wurde bereits ein Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz gestellt?  
 Ja  Nein vorhandene Pflegestufe: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, bitte Bescheid der Pflegekasse beifügen. Versichertennummer: \_\_\_\_\_



9. Pflegerelevante Vorgeschichte / Aufnahmegrund (Erhebung im Erstgespräch)

- Fehlen oder Überforderung der Bezugsperson     vollst. Immobilität     Rollstuhl     Rollator  
 Zunahme der Pflegebedürftigkeit     Inkontinenz     DK     SPDK  
 plötzlich durch akutes Ereignis

Welches:

- durch langsam fortschreitenden Prozess

Aufgrund von:

- Stürze in der

Häufigkeit:

Grund:

- Versorgung nachts nicht sichergestellt

- Einsamkeit     lebt alleine in der Wohnung / Haus

- Kurzzeitpflege nach Krankenhaus

Aufgrund von:

- Kurzzeitpflege wegen Urlaub der Pflegeperson

- Pflege bisher durchgeführt von:

- selbständig  
 Ehepartner  
 Kinder  
 sonstige Verwandte oder Bekannte  
 Ambulanter Pflegedienst

- bekannte Diagnosen:

- bisheriger Hausarzt:

10. Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Wohnort/Straße: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anlage G (Ärztliche Bescheinigung) ausfüllen lassen!

11. Fernseher gewünscht?     Ja     Nein

Mobiltelefon gewünscht?     Ja     Nein

Kosten: 1 € pro Tag

Bilder aufhängen?    eigene?     Ja     Nein    von uns?     Ja     Nein

**Datum:**

**Unterschrift:**

