

Anmeldebogen



UNTERNEHMENSGRUPPE
DR. MIRSKI

- | | | | |
|--------------------------|---|---------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | SENIORENGARTEN, Prälat-Mayer-Platz 1, 94244 Teisnach | | |
| <input type="checkbox"/> | SENIORENGARTEN ST. MICHAEL, Arberstraße 1a, 94160 Ringelai | | Neueröffnung 2023 |
| <input type="checkbox"/> | ST. MARGARETA, Adolf-Pfleiderer-Straße 21-23, 94244 Teisnach | Haus 2 | |
| <input type="checkbox"/> | ST. MARGARETA, Gustav-Werner-Platz 6, 94244 Teisnach | Haus 3 | |
| <input type="checkbox"/> | ST. LAURENTIUS, Bräugasse 5, 94239 Ruhmannsfelden | Haus 4 | |
| <input type="checkbox"/> | ST. GOTTHARD, Klosterweg 8, 94259 Kirchberg i. Wald | Haus 5 | |
| <input type="checkbox"/> | ST. JOSEF, Neidberg 14, 94160 Ringelai | Haus 6 | |
| <input type="checkbox"/> | ST. MICHAEL, Arberstraße 1a, 94160 Ringelai | Haus 7 | Neueröffnung 2023 |
| <input type="checkbox"/> | ST. STEPHANUS, Hauptstr. 30, 94551 Lalling | Haus 8 | |
| <input type="checkbox"/> | ST. JAKOBUS, Schochertweg 7, 94253 Bischofsmais | Haus 9 | Neueröffnung 2024 |

Anmeldung zur: stationäre Heimaufnahme Kurzzeitpflege
Verhinderungspflege Tagespflege Betreuung

Bereich (bei Haus 6,7,8): beschützend offen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Geburtsname: _____

zuletzt wohnhaft in: _____

Pflegegrad _____

Pflegekasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Zuzahlungsbefreiung: Ja (bitte vorlegen) Nein

Schwerbehindertenausweis: Ja (bitte vorlegen) Nein

Aufnahmegrund: _____

Angehörige:

1)

| | | | |
|---------------|---------------------|------------------|----------|
| Vorname, Name | Verwandtschaftsgrad | Straße, Haus Nr. | PLZ, Ort |
|---------------|---------------------|------------------|----------|

| | |
|---------|-------|
| Telefon | Handy |
|---------|-------|

E-Mail

Aufnahme:

Termin der Aufnahme: _____ Dauer: _____

Kurzzeitpflege- bzw. Verhinderungspflege: von: _____ bis: _____

Vollstationär ab: _____

Einzelzimmer Doppelzimmer

Tagespflege ab: _____ Tage (Mo,Di,Mi,Do,Fr): _____

Tagesbetreuung ab: _____

Hausarzt: _____

Gewünschter Arzt im Heim: _____

Behinderungsart: _____

Hilfsmittel: _____

Kostform: _____

Weglaufgefahr: _____

Beschlüsse: _____

Anmeldung/Ummeldung in zuständiger Gemeinde erledigt? Ja Nein

Wurden Vorkehrungen für den Todesfall getroffen: _____

Heimkosten:

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Kostendeckung durch Eigenmittel: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | zum Teil <input type="checkbox"/> |
| Sozialhilfe erforderlich: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Antrag beim Sozialhilfeträger gestellt: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | wenn ja, wann: _____ |
| besteht Beihilfeanspruch? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Prozentsatz: _____ |
| Antrag auf Blindengeld? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Haben Sie einen Antrag auf Sozialhilfe (Übernahme der Heimkosten) gestellt, bitte Rentenbescheid vorlegen und Angabe über die Höhe des monatlichen Einkommens: _____

Rechnungsempfänger:

Vorname, Name

Straße, Haus Nr.

PLZ, Ort

Zahlungsart:

Auf Rechnung

Lastschriftinzug

(Unterzeichnung Formblatt Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandat)

Sonstiges: _____

| Bitte unbedingt beim Einzug vorlegen: | |
|---|--|
| • Bewilligungsbescheid der Pflegekasse bzgl. der stationären Pflege bzw. Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege | |
| • Bescheid über die Einstufung in den Pflegegrad | |
| • Versichertenkarte/Gesundheitskarte | |
| • ggf. Betreuerausweis bei gerichtlicher Betreuung | |
| • ggf. Generalvollmacht, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung | |
| • ggf. Schwerbehindertenausweis | |
| • ggf. Zuzahlungsbefreiung | |
| • ggf. Rentenbescheid | |
| • Attest frei von ansteckenden Krankheiten | |
| • Geburtsurkunde | |

| Bei Kurzzeitpflege /Verhinderungspflege zusätzlich: | |
|--|--|
| • Inkomaterial | |
| • Medikamente | |
| • Hilfsmittel (Rollator / Rollstuhl/ Gehstock) | |
| • nach persönlichem Bedarf | |
| • Pflegeleichte Kleidung | |
| • Hausschuhe, ggf. Straßenschuhe | |
| • Toilettensachen | |
| • Ggf. Wecheldruckmatratze | |
| • Ggf. Sondennahrung und Sondomat | |

Bitte die gesamte Kleidung, Wäsche und alle persönlichen Gegenstände mit dem Namen kennzeichnen!

Sonstige Informationen:

Ausgefüllt am: _____

Unterschrift: _____