

# Anmeldebogen



UNTERNEHMENSGRUPPE  
DR. MIRSKI

- ALTEN- UND PFLEGEHEIM ST. MARGARETA, Adolf-Pfleiderer-Straße 21-23, 94244 Teisnach
- ALTEN- UND PFLEGEHEIM ST. MARGARETA, Gustav-Werner-Platz 6, 94244 Teisnach
- ALTEN- UND PFLEGEHEIM ST. LAURENTIUS, Bräugasse 5, 94239 Ruhmannsfelden
- HAUS ST. GOTTHARD, Klosterweg 8, 94259 Kirchberg i. Wald
- SENIORENZENTRUM ST. JOSEF, Neidberg 14, 94160 Ringelai
- PFLEGEZENTRUM ST. MICHAEL, Arberstraße 1a, 94160 Ringelai
- SENIORENZENTRUM ST. STEPHANUS, Hauptstr. 30, 94551 Lalling
- SENIORENZENTRUM ST. JAKOBUS, Schochertweg 7a, 94253 Bischofsmais **Neueröffnung 2024/25**

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
--------

2)

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

---

Telefon    Handy

---

E-Mail

---

**Liegt eine Vollmacht vor?**      Ja       **(Vollmacht bitte zeitnah vorlegen)**                              Nein

Wenn Ja:

Welche Vollmacht? \_\_\_\_\_

**Vollmachtnehmer:**

Vorname, Name    Straße, Haus Nr.    PLZ, Ort

---

Telefon    Handy

---

E-Mail

---

**Liegt eine gerichtlich angeordnete Betreuung vor?**      Ja       **(bitte zeitnah Betreuerausweis vom  
Betreuungsgericht vorlegen)**  
Nein

Wenn „ja“:

**Gerichtlich bestellter Betreuer:**

Vorname, Name    Straße, Haus Nr.    PLZ, Ort

---

Telefon    Handy

---

E-Mail

---

**Liegt eine Patientenverfügung vor?**      Ja       **(bitte zeitnah vorlegen)**                              Nein

**Liegt eine Betreuungsverfügung vor?**      Ja       **(bitte zeitnah vorlegen)**                              Nein

**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: \_\_\_\_\_

<b>Bitte unbedingt beim Einzug vorlegen:</b>	
• 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	

<b>Bei Kurzzeitpflege /Verhinderungspflege zusätzlich:</b>	
• 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: \_\_\_\_\_