



Alten – und Pflegeheim St. Marienhaus

Waldshuter Straße 8
79713 Bad Säckingen

Anmeldung zur Heimaufnahme

vollstationäre Pflege

dringend Warteliste

Kurzzeitpflege

von: _____ bis: _____

Vorname, Name		Geburtsname				
Geburtstag		Geburtsort				
Anschrift/ <input type="checkbox"/> Rechnungsanschrift		Telefonnummer				
Familienstand		Nationalität	Konfession			
Migrationshintergrund	Spricht Deutsch	Versteht Deutsch		Muttersprache		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Hausarzt	
Anschrift	Telefonnummer

Kranken-/ Pflegekasse und Versicherungsnummer			
Sind Sie von Zuzahlungen befreit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Einstufung durch den Medizinischen Dienst erfolgt? Bitte reichen Sie den Einstufungsbescheid mit ein.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4
		<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
		<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	
	seit: _____		
	<input type="checkbox"/> beantragt am: _____		
	<input type="checkbox"/> nein		
Sind Sie Beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja, mit _____ %	<input type="checkbox"/> nein	

Besteht eine gesetzliche Betreuung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Vorsorge- oder Generalvollmacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt eine Patientenverfügung vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(Bitte Kopien mit der Anmeldung einreichen)		
<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Rechnungsanschrift		
Vorname, Name		
Anschrift		Telefonnummer
Handynummer		E-Mail

weitere Ansprechpartner	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Rechnungsanschrift		
Vorname, Name		
Anschrift		Telefonnummer
Handynummer		E-Mail

Angaben zur Klärung der Heimkosten
Bitte prüfen Sie, ob der monatliche Eigenanteil am Heimentgelt aus eigenem Einkommen/Vermögen bestritten werden kann. Beim zuständige Sozialhilfeträger kann „Hilfe zur Pflege“ nach SGB XII, 7. Kapitel als Form der Sozialhilfe beantragt werden. Bitte beachten Sie, dass Leistungen der Sozialhilfe erst ab Bekanntgabe der Notlage erfolgen.
Das Heimentgelt kann aus eigenem Einkommen/Vermögen finanziert werden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte beachten Sie, dass Ihre Anfrage nur berücksichtigt werden kann, wenn die Anmeldeunterlagen vollständig vorliegen. (Anmeldung, Diagnosenliste mit ICD-10-Code, Medikamentenplan, Ärztlicher Fragenbogen oder Krankenhausberichte)
--

Datum der Anmeldung, Unterschrift