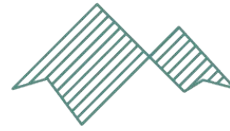


Anmeldebogen



Dr. Mirski
UNTERNEHMENSGRUPPE

- SENIORENGARTEN ST. MICHAEL, Arberstraße 1a, 94160 Ringelai
- ST. MARGARETA, Adolf-Pfleiderer-Straße 21-23, 94244 Teisnach Haus 2
- ST. MARGARETA, Gustav-Werner-Platz 6, 94244 Teisnach Haus 3
- ST. LAURENTIUS, Bräugasse 5, 94239 Ruhmannsfelden Haus 4
- ST. GOTTHARD, Klosterweg 8, 94259 Kirchberg i. Wald Haus 5
- ST. JOSEF, Neidberg 14, 94160 Ringelai Haus 6
- ST. MICHAEL, Arberstraße 1a, 94160 Ringelai Haus 7
- ST. STEPHANUS, Hauptstr. 30, 94551 Lalling Haus 8
- ST. JAKOBUS, Schochertweg 7a, 94253 Bischofsmais Haus 9

Anmeldung zur: **stationären Heimaufnahme** **Kurzzeit-/Verhinderungspflege**

Tagespflege **Betreuung**

Bereich (bei Haus 7 und 8): beschützend offen

Woher kommt der Bewohner: zu Hause Krankenhaus andere Einrichtung (Falls ja: Wie lange waren Sie in der vorherigen Einrichtung untergebracht (Aufenthaltsdauer)? Für die abschließende Abrechnung zählt jedoch ausschließlich der Bescheid der Pflegekasse)

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Geburtsname: _____

(zuletzt) wohnhaft in: _____

Pflegegrad _____ Hausarzt _____

Pflegekasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Anschrift der Pflegekasse: _____

Private Kranken-/Pflegeversicherung Ja Nein

Besteht Beihilfeanspruch Ja Nein Beihilfestelle: _____ Prozentsatz: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Zuzahlungsbefreiung: Ja (bitte vorlegen) Nein

Schwerbehindertenausweis: Ja (bitte vorlegen) Nein

Mobilität im Notfall: Selbstständig Muss getragen werden Muss begleitet werden

Aufnahmegrund: _____

Termin der Aufnahme: _____ Dauer: _____

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

Wurde im laufenden Kalenderjahr bereits KZP/VHP in Anspruch genommen? Ja Nein

Wenn ja, wieviel Budget wurde bereits verbraucht? _____

Vollstationär ab: _____ Einzelzimmer Doppelzimmer

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

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

Stand:	Ersteller	Freigegeben
29.07.2025-1	GF/LO	GF

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 sofort vorlegen)** Nein

Wenn Ja:

Art der Vollmacht? _____

Vollmachtnehmer:

Vorname, Name Straße, Haus Nr. PLZ, Ort

Telefon Handy

E-Mail

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

Wenn „ja“ :

Gerichtlich bestellter Betreuer:

Vorname, Name Straße, Haus Nr. PLZ, Ort

Telefon Handy

E-Mail

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

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

Stand:	Ersteller	Freigegeben
29.07.2025-1	GF/LO	GF

Kostendeckung des Selbstkostenanteils durch Eigenmittel: ja nein zum

Teil

(zur Finanzierung des Eigenanteils der Pflegekosten nach Abzug der Kassenleistung)

Einkommensverhältnisse

Art der Rente	Betrag	Versicherungsnummer	Kontonummer	Träger / Bank / Versicherung
<input type="checkbox"/> Altersrente	€			
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente	€			
<input type="checkbox"/> Betriebsrente	€			
<input type="checkbox"/> private Vorsorge	€			
<input type="checkbox"/> Sparkonto	€			
<input type="checkbox"/> Lebensversicherung	€			
<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung	€			
<input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorge	€			
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung	€			
<input type="checkbox"/> Wertpapiere / Aktien / Fonds	€			
<input type="checkbox"/> Erbsprüche	€			

	Art: Einfamilien- / Zweifamilienhaus, Miethaus, Eigentumswohnung, unbebautes Grundstück, Wald, landwirtschaftliche Flächen	Austritt, Lage, Gemarkung
Haus – und /oder Grundbesitz		

Sonstiges Vermögen
Kfz, etc.

	Abgebener Vermögenswert	Datum der Vermögensabgabe	Empfänger des Vermögens
Schenkungen in den letzten 10 Jahren			

Vertragliche Ansprüche aus (notariellen) Übergabe-, Überlassungs- Schenkungsvertrag

Anspruch auf	Vertrag vom	Notariat / Urkundennummer	Name des Verpflichteten
Wohnrecht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			
Wart und Pflege <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			
Kost <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			
Nießbrauch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			
Geldleistungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			

Bisherige Wohnverhältnisse

<input type="checkbox"/> Mietwohnung	Betrag
Miete monatlich:	
Nebenkosten:	

Eigentumswohnung eigenes Haus Wohnrecht

Wohngeld: wurde beantragt am _____ bei _____
 ist bewilligt in Höhe von monatlich _____ bis _____

Sozialhilfe erforderlich: Ja Nein
Antrag beim Sozialhilfeträger gestellt: Ja Nein
wenn ja, wann: _____

Stand:	Ersteller	Freigegeben
29.07.2025-1	GF/LO	GF

WO: _____
Aktenzeichen: _____

Aufgrund des für die Bezahlung der Heimkosten nicht *ausreichenden Einkommens*, ist ein *Antrag auf Kostenübernahme* beim zuständigen Sozialhilfeträger zu stellen. Dieser Antrag ist so früh wie möglich zu stellen, da der Sozialhilfeträger erst ab Kenntnisaufnahme zur Kostenübernahme verpflichtet ist.

Rechnungsempfänger:

Vorname, Name

Straße, Haus Nr.

PLZ, Ort

Mailadresse

Zahlungsart:

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

Behinderungsart: _____

Hilfsmittel: _____

Kostform/Sonde: _____

Weglaufgefahr: _____

Beschlüsse: _____

Muss vor dem Einzug vorgelegt werden, ansonsten keine Aufnahme möglich	liegt vor
• 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. Antragstellung Sozialhilfe	
• ggf. unterzeichnete Anlagen Rentenservice und/oder Betriebsrente (bei Sozialhilfe) und Rentenbescheid	
• Unterzeichnetes Formblatt Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandat	
• Bescheide von Altersrente Hinterbliebenenrente Betriebsrente private Vorsorge	
• Attest frei von ansteckenden Krankheiten	
• Geburtsurkunde	
• Personalausweis	

Stand: 29.07.2025-1	Ersteller GF/LO	Freigegeben GF
------------------------	--------------------	-------------------

• Medikamentenplan	
• Entlassbericht	
• Diagnosenblatt	

Zusätzlich bei Kurzzeitpflege /Verhinderungspflege:	
• Inkomaterial	
• Medikamente	
• Hilfsmittel (Rollator / Rollstuhl/ Gehstock)	
• Nach persönlichem Bedarf	
• Pflegeleichte Kleidung	
• Hausschuhe, ggf. Straßenschuhe	
• Toilettensachen	
• Ggf. Wechseldruckmatratze	
• Ggf. Sondennahrung und Sondomat	

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

Für eingebrachte Gegenstände übernehmen wir keine Haftung.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Sozialdienst Krankenhaus (welcher) _____
- Bekannte / Angehörige
- sonstiges _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe.

Mir bekannt, dass für die vollstationäre Aufnahme zeitnah ein Heimvertrag abgeschlossen werden muss und dieser Anmeldebogen dann ein Bestandteil des Heimvertrages wird.

Weiter ist mir bekannt, dass unvollständige oder unrichtige Angaben die Kündigung des Heimplatzes nach sich ziehen können.

Ort, Datum

Unterschrift des Anmeldenden

Unterschrift Bevollmächtigter, Betreuer

Stand:	Ersteller	Freigegeben
29.07.2025-1	GF/LO	GF