



Unverbindliche Anmeldung für einen Pflegeplatz

- im **Wohn- und Pflegezentrum Am Hainich**, Eisenacher Str. 18a, 99974 Mühlhausen
 Wohn- und Pflegezentrum Brunnenhof, Brunnenstraße 80, 99974 Mühlhausen
 Wohn- und Pflegezentrum Am Lindenbühl, Lindenbühl 41, 99974 Mühlhausen
 Wohn- und Pflegezentrum Villa Weiß, Kurpromenade 1a, 99947 Bad Langensalza
- zur Dauerstationären Aufnahme möglichst ab
- Kurzzeitpflege (eingestreu) vom bis

Ihre Angaben werden ausschließlich für die Vorbereitung der Heimaufnahme und die spätere Pflege, Betreuung und Versorgung erhoben. Diese Unterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt. Alle Punkte sollten vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Eine Anmeldung für den Pflegeplatz erfolgt erst mit Abgabe des ausgefüllten Formulars. Erforderliche Anlagen sind dem Vordruck beizufügen.

Angaben zur Person

Nachname Vorname Geburtsname

Pflegegrad seit dem Antrag auf Leistungen der Pflegekasse gestellt am

amtlicher Wohnsitz Telefon

derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus/Heim/zu Hause usw.)

Geburtsdatum Geburtsort Religion

Familienstand Datum der Eheschließung Personalausweis-Nr.

Angaben zu Angehörigen

1. Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

Wohnort, Straße Telefon, Mobil

2. Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

Wohnort, Straße Telefon, Mobil

3. Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

Wohnort, Straße Telefon, Mobil

Die Angehörigen Nr. sind als Kontaktpersonen gewünscht.

Die Angehörigen Nr. möchten bei einem Notfall auch nachts informiert werden.

Rechnungsempfänger nach Einzug wird der Bewohner der Angehörige Nr.

Angaben zur Kranken- /Pflegekasse und zur Rechnungslegung

Name der Kranken-/Pflegekasse Mitgliedsnr.

Anschrift/Telefon/Telefax

Bankverbindung BIC

Kontoinhaber IBAN

Angaben zur Geschäftsfähigkeit

- der Bewohner ist voll geschäftsfähig und entscheidet alle Dinge selbst. Eine Patientenverfügung ist vorhanden.
- eine Vorsorgevollmacht ist vorhanden. privatschriftlich notariell beurkundet
- Aufgabenkreis: Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden
 Vermögensfürsorge Post-/Fernmeldeverkehr Betreuerverfügung für den Bevollmächtigten
- Bevollmächtigter oder Angehöriger Nr.
- ein Betreuer ist eingesetzt. gerichtlich bestellt durch Amtsgericht.....
- Betreuerausweis liegt vor. Aktenzeichen wurde beantragt am
- Aufgabenkreis: Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden
 Vermögensfürsorge Post-/Fernmeldeverkehr Betreuerverfügung für den Bevollmächtigten
- Betreuer oder Angehöriger Nr.

Angaben zu Ärzten / medizinische Angaben

HINWEIS: Es besteht freie Arztwahl! Der jeweilige Hausarzt muss Hausbesuche im Wohn- und Pflegezentrum wahrnehmen!

Hausarzt

Name Anschrift

Telefon/Telefax letzter Besuch.....

Zahnarzt

Name Anschrift

Telefon/Telefax letzter Besuch.....

Augenarzt

Name Anschrift

Telefon/Telefax letzter Besuch.....

Sonstige, und zwar

Name Anschrift

Telefon/Telefax letzter Besuch.....

Medizinische Angaben (nur bei sicherer Diagnose ausfüllen)

ANLAGE 1 (Bestätigung des Arztes) BEACHTEN!

- Dialysepatient Marcumarbehandlung Schizophrenie Angstzustände Alzheimer/Demenz Epilepsie
- Allergien gestörter Tag-/Nacht rhythmus Weglaufgefährdet Hoher Blutdruck niedriger Blutdruck Schwindel
- Kontrakturen PEG-Sonderernährung künstliche Ausgänge Diabetiker / Tabletten / Insulin / nichts
- Schlaganfall am..... Herzinfarkt am..... eingeschränkte Mobilität.....
- freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig/Beschluss-Art

Körpergröße **Gewicht**

Angaben zu Hilfsmitteln

Anzahl eintragen!

..... Brille(n)KontaktlinsenHörgeräteZahnprothesen oben/untensonst. Prothesen

..... RollstuhlNachtstuhlGehbockGehwagenGehstockKorsettKompressionsstrümpfe

..... Anti-Dekubitus-MatratzeErnährungspumpe Sonstiges

davon Privateigentum / Krankenkasse / Leihgerät

Gewohnheiten / Interessen / Charaktereigenschaften

Vorlieben und Abneigungen / Aufsteh- und Zubettgehzeiten / Essen und Trinken / Hobby und frühere Tätigkeit usw.

Versicherungen

Haftpflicht beiNr.....

Hausrat beiNr.....

Für Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege vom bis somitTage (max. 28 Tage pro Kalenderjahr)

Verhinderungspflege vom bis somitTage (max. 28 Tage pro Kalenderjahr)

Checkliste über Anlagen zur Antragstellung

BITTE ALLE UNTERLAGEN IN KOPIE EINREICHEN!

Bewilligungsbescheid der Pflegekasse über das Pflegegeld / den Pflegegrad

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht / notarielle Vollmacht

Betreuerausweis

Bestätigung des Arztes (Anlage 1)

Verpflichtungserklärung zur Kostenübernahme (Anlage 2)

bei Kurzzeitpflege zusätzlich Antrag an die Pflegekasse

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich in die Erhebung und Verarbeitung vorstehender Angaben (Daten) ein.

_____ Datum

_____ Unterschrift

----- ✂ -----

Checkliste zum Einzug

bitte folgende Dokumente einige Tage vor dem Einzug abgeben:

Bestätigung des Arztes (Anlage 1)

Bewilligungsbescheid der Pflegekasse über das Pflegegeld/den Pflegegrad

Verpflichtungserklärung zur Kostenübernahme (Anlage 2)

letzter aktueller Rentenbescheid

bitte folgende Dokumente zum Einzugstag mitbringen:

Chipkarte/Gesundheitskarte der Krankenkasse

Befreiungsbescheinigung der Krankenkasse über Patientenzahlungen

Personalausweis

Beachten Sie bitte, dass Sie Ihren Wohnsitz amtlich ummelden müssen; die Adressänderung ist bei Krankenkasse, Banken usw. anzugeben. (GILT NICHT FÜR KURZZEITPFLEGE!)

Anlage 1: Bestätigung des Arztes

Herr / Frau geboren am

Wohnsitz

hat die

dauerstationäre Aufnahme möglichst ab

Kurzzeitpflege (eingestreut) vom bis

für das

Wohn- und Pflegezentrum Am Hainich **Wohn- und Pflegezentrum Brunnenhof**

Wohn- und Pflegezentrum Am Lindenbühl **Wohn- und Pflegezentrum Villa Weiß**

beantragt.

1. Diagnosen

.....
.....

2. Hilfsmittel:

Rollstuhl Rollator/sonst. Gehhilfen Prothesen/Orthesen Inhalator/Sauerstoffgerät

Stützschiene/Korsett

3. Hat der Antragsteller eine ansteckungsfähige Krankheit (insbesondere Lungentuberkulose)?

Nein

Ja, und zwar

.....

4. Weitere Medizinische Angaben

Dialysepatient Marcumarbehandlung Schizophrenie Angstzustände Alzheimer/Demenz

Epilepsie Allergien Herzschrittmacher Weglaufgefährdet Schmerzpatient

Schwindel PEG/Portkatheter Suchterkrankung künstliche Ausgänge

Schlaganfall am..... Herzinfarkt am.....

eingeschränkte Mobilität.....

freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig/Beschluss-Art

Impfstatus:

Tetanus Gripeschutzimpfung Pneumokokkenimpfung

am:

am:

am:

Sonstiges:

Bestätigung des Arztes: Die Vollständigkeit und Richtigkeit vorstehender Angaben wird bestätigt.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift

Anlage 2: Verpflichtungserklärung zur Kostenübernahme

Herr / Frau geboren am

Wohnsitz

hat die

- dauerstationäre Aufnahme möglichst ab
- Kurzzeitpflege (eingestreut) vom bis

für das

- Wohn- und Pflegezentrum Am Hainich**
Eisenacher Str. 18a, 99974 Mühlhausen
Telefon 03601-85 64 0 / Telefax 03601-85 64 13
- Wohn- und Pflegezentrum Brunnenhof**
Brunnenstr. 80, 99974 Mühlhausen
Telefon 03601-75 85 16 / Telefax 03601-75 85 77
- Wohn- und Pflegezentrum Am Lindenbühl**
Lindenbühl 41, 99974 Mühlhausen
Telefon 03601-40 62 20 / Telefax 03601-40 62 213
- Wohn- und Pflegezentrum Villa Weiß**
Kurpromenade 1a, 99947 Bad Langensalza
Telefon 03603-89 40 60 / Telefax 03603-89 40 629

Träger:

WPZ – Wohn- & Pflegezentrum Unstrut-Hainich gGmbH
Eisenacher Straße 18a, 99974 Mühlhausen
Telefon 03601-85 64 0 / Telefax 03601-85 64 13

beantragt und erklärt hiermit:

Meine eigenen Mittel reichen zur Bezahlung der Heimkosten/des Eigenanteils aus. Ich bezahle meine Heimkosten/den Eigenanteil selbst aus meinem Einkommen oder Vermögen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift