

## Anmeldung zur Aufnahme

Anlage zu OA Heimaufnahme

Evang. Pflegezentrum Ebenhausen

Gerhart -Hauptmann- Weg 10

82067 Ebenhausen

08178/93 01 - 0

08178/93 01 - 18

epz-ebenhausen@diakonie-muc-obb.de

Bitte füllen Sie den Anmeldebogen vollständig aus. Im Falle eines  kreuzen Sie bitte Zutreffendes an. Sollten Sie hierzu Fragen haben bzw. Unterstützung benötigen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

### Anmeldung zur Aufnahme

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer          | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer           |
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege | <input type="checkbox"/> Rüstigenbereich        |
| <input type="checkbox"/> Beschützender Bereich | <input type="checkbox"/> Pflegewohnen           |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege        | <input type="checkbox"/> Service Seniorenwohnen |

### Von der Einrichtung zu bearbeiten:

Zimmer Nr.: \_\_\_\_\_

Vertragsdatum: \_\_\_\_\_

Einzugsdatum: \_\_\_\_\_

Gewünschter Einzugstermin: \_\_\_\_\_

### 1. Persönliche Daten der\*des Interessent\*in

Familienname / Titel: \_\_\_\_\_

Vorname(n) \_\_\_\_\_

(Rufname unterstreichen): \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand:

- verheiratet     ledig     geschieden     verwitwet

Konfession / Religion:

- evangelisch     röm.-kath.     andere     keine

#### Derzeitige Wohn- / Postanschrift:

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

 Telefonnummer \_\_\_\_\_

 Fax-Nr. \_\_\_\_\_


 Mobilfunknummer \_\_\_\_\_

#### Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend von Wohnanschrift):

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

 Telefonnummer \_\_\_\_\_

 Fax-Nr. \_\_\_\_\_

erstellt am: 27. Februar 2019	geändert am: 16. Januar 2024	freigegeben am: 07.02.2024	Version: 5
erstellt von: PÜL-Runde	geändert von: Thomas Liebhart	freigegeben von: Bewohnerverwaltungsrunde	Seite 1 von 4

**2. Angehörige / Ansprechpartner\*innen**


Ehepartner\*in                       Betreuer\*in                       Generalvollmacht

**2.1** Familienname, Vorname

Verwandtschaftsgrad /  
Beziehung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

 Telefon (privat)

 Telefon (Arbeit)

 Mobilfunknummer

@ E-Mail-Adresse

Betreuer:in                       Generalvollmacht

**2.2** Familienname, Vorname

Verwandtschaftsgrad /  
Beziehung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

 Telefon (privat)

 Telefon (Arbeit)

 Mobilfunknummer

@ E-Mail-Adresse

Betreuer\*in                       Generalvollmacht

**2.3** Familienname, Vorname

Verwandtschaftsgrad /  
Beziehung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

 Telefon (privat)

 Telefon (Arbeit)

 Mobilfunknummer

@ E-Mail-Adresse

Betreuer\*in                       Generalvollmacht

**2.4** Familienname, Vorname

Verwandtschaftsgrad /  
Beziehung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

 Telefon (privat)

 Telefon (Arbeit)

 Mobilfunknummer

@ E-Mail-Adresse

**3. Krankenversicherung**

Krankenversicherung Name \_\_\_\_\_

Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Vers.-Karte gültig bis \_\_\_\_\_

**4. Pflegeversicherung / Finanzierung Eigenanteil**

**4.1 Liegt bereits eine Einstufung für einen Pflegegrad (PG) vor?**

PG 1

PG 2

PG 3

PG 4

PG 5

Nein

Handelt es sich um eine **Schnelleinstufung**?  Ja  Nein

Ein **Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung** wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

Ein Antrag für **Kurzzeitpflege** wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

**Kurzzeitpflege** ist bereits bewilligt, der Bescheid liegt bei \_\_\_\_\_

**4.2 Finanzierung (bitte auch separates Blatt „Erklärung zum Einkommen“ ausfüllen)**

Eigenfinanzierung

Sozialhilfe

Andere

**Rechnungsempfänger:**

Bewohner

Betreuer

Bevollmächtigter

**Rechnungsversand per Mail** (muss zusätzlich im Heimvertrag, Anlage 3 vereinbart werden)

**SEPA-Lastschriftmandat** wird mit Abschluss Heimvertrag erteilt  Ja

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

Altersrente

Witwenrente

Betriebsrente

Zusatzrente

**4.3 Öffentliche Kostenträger**

Kostenübernahme durch den **Sozialhilfeträger** wurde beantragt am: \_\_\_\_\_  Nein

Ein Aktenzeichen des Sozialhilfeträgers liegt vor: \_\_\_\_\_

**5. Bisheriger Hausarzt**

Titel, Familien-, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

 Telefonnummer \_\_\_\_\_

 Fax \_\_\_\_\_

 Mobilfunknummer \_\_\_\_\_

Weiterbehandlung im Heim wird fortgeführt  
(Bitte im Vorfeld mit Hausarzt klären)

Ja

Nein

**5.1 Wenn nein, weiterbehandelnder Arzt nach Heimaufnahme**

Titel, Familien-, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

 Telefonnummer \_\_\_\_\_

 Fax \_\_\_\_\_

 Mobilfunknummer \_\_\_\_\_

**6. Regelungen im Sterbefall**

**6.1 Haben Sie eine Bestattungsvorsorge getroffen?**

Nein  Ja Institut: \_\_\_\_\_ Vertrags Nr. \_\_\_\_\_

**6.2 Im Sterbe- / Todesfall ist / sind sofort zu verständigen:**

siehe 2.1  siehe 2.2  siehe 2.3

**Falls abweichend, folgende Person(en)**

Familien-, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 ☎ Telefonnummer (privat) \_\_\_\_\_  
 ☎ Telefon (geschäftlich) \_\_\_\_\_  
 📱 Mobilfunknummer \_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsgrad / Beziehung \_\_\_\_\_

**6.3 Der gesamte Nachlass / Zimmerräumung wird geregelt durch:**

siehe 2.1  siehe 2.2  siehe 2.3

**Falls abweichend, folgende Person(en)**

Familien-, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 ☎ Telefonnummer (privat) \_\_\_\_\_  
 ☎ Telefon (geschäftlich) \_\_\_\_\_  
 📱 Mobilfunknummer \_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsgrad / Beziehung \_\_\_\_\_

**7. Eingehende Post**

- An die:den Bewohner:in aushändigen
- Im Pflegestützpunkt / Stationszimmer zur Abholung hinterlegen
- An der Pforte / am Empfang zur Abholung hinterlegen
- Kostenpflichtiger Versand an Angehörige / Betreuer:in

**8. Nutzung hauseigener Telefonanschluss**

Falls dies von der Einrichtung angeboten wird:

Ich möchte einen hauseigenen Telefonanschluss nutzen  Ja  Nein

**Bitte beachten Sie:**

**Diese Anmeldung verfällt ein Jahr nach Anmeldedatum, wenn Sie uns nicht vorher mitteilen, dass Sie weiterhin Interesse an einem Platz haben – dann verlängert sich die Gültigkeit der Anmeldung jeweils um ein weiteres Jahr.**

Ort, Datum

Unterschrift des Interessenten

Ort, Datum

Unterschrift des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten

erstellt am: 27. Februar 2019	geändert am: 16. Januar 2024	freigegeben am: 07.02.2024	Version: 5
erstellt von: PÜL-Runde	geändert von: Thomas Liebhart	freigegeben von: Bewohnerverwaltungsrunde	Seite 4 von 4