

# VERBINDLICHE ANMELDUNG

Betreutes Wohnen/ Vollstationäre Pflege/ Kurzzeitpflege

- streng vertraulich -



Seniorenzentrum NOVALIS

Ghersburgstraße 19  
83043 Bad Aibling

Tel.: 08061/ 905-0; Fax: 08061/ 905-699

info@seniorenzentrum-novalis.com

www.seniorenzentrum-novalis.com

## Aufnahme

Datum: \_\_\_\_\_

Bereich: \_\_\_\_\_

Zimmer: \_\_\_\_\_

**Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Ärztlichen Fragebogen abgeben.  
Alle Fragen sind vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.**

1. Familienname  
\_\_\_\_\_
2. Geburtsname  
\_\_\_\_\_
3. Vorname(n)  
Rufname bitte unterstreichen  
\_\_\_\_\_
4. Hauptwohnsitz (polizeilich angemeldet)  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_
5. Derzeitiger Aufenthaltsort  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_
6. Geburtsdatum  
\_\_\_\_\_
7. Geburtsort \_\_\_\_\_ Kreis \_\_\_\_\_  
ggf. Staat \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_
8. Staatsangehörigkeit  
\_\_\_\_\_
9. Familienstand  verheiratet  verwitwet  geschieden  ledig  
\_\_\_\_\_
10. Letzte Eheschließung am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Zuletzt ausgeübter Beruf  
\_\_\_\_\_
12. Konfession \_\_\_\_\_ seelsorg. Betr.  ja  nein  
\_\_\_\_\_
13. Familienangehörige  ja  nein  
\_\_\_\_\_

1. Vor- und Zuname  
Anschrift  
wie verwandt? Alter  
Beruf Telefon  
E-Mail Adresse

2. Vor- und Zuname  
Anschrift  
wie verwandt? Alter  
Beruf Telefon

14. Bekannte/ Vertraute

1. Vor- und Zuname Alter  
Anschrift  
Beruf Telefon

2. Vor- und Zuname Alter  
Anschrift  
Beruf Telefon

15. Rechnungsempfänger

15a. SEPA COR1 Lastschriftmandat

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

16.  Bevollmächtigter  Betreuer seit \_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname Alter \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Tel. geschäftlich Tel. privat Fax \_\_\_\_\_

17. Betreuerurkunde/Vollmacht liegt bei  ja  nein wird nachgereicht am \_\_\_\_\_

18. Zuständige Behörde/ Gericht \_\_\_\_\_

19. Krankenkasse

Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon Fax \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer der Krankenkasse \_\_\_\_\_

20. Pflegekasse (falls abweichend von 19.)

Name und Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

21. Antrag auf Pflegegrad bei Krankenkasse gestellt  ja  nein  ambulante Einstufung
- MDK-Begutachtung bereits erfolgt  ja  nein  stationäre Einstufung
- Einstufung liegt bereits vor  ja  nein

Pflegegrad laut Einstufungsbescheid: \_\_\_\_\_

22. Besteht ein Leistungsanspruch nach § 45a/ § 87b SGBXI  ja  nein

23. Rezeptgebührenbefreiung vorhanden  ja  nein
- Kopie Rezeptgebührenbefreiung beiliegend (falls nicht,  ja  
werden Rezeptgebühren in Rechnung gestellt)

24. Schwerbehindertenausweis vorhanden  ja  nein
- Kopie Schwerbehindertenausweis beiliegend  ja  nein
- wird nachgereicht

25. Behandelnder Hausarzt vor Heimaufnahme / Kurzzeitpflegeaufnahme

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

26. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens \_\_\_\_\_ zahlende Stelle \_\_\_\_\_ Betrag € \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

27. Selbstzahler  ja  nein

28. Beihilfeberechtigt  ja  nein

29. Ist mit Sozialhilfebedarf zu rechnen  ja  nein

**Hinweis: Ein Antrag auf Sozialhilfe muss zeitnah gestellt werden. Heimkosten (evtl. anteilig) werden vom Sozialhilfeträger erst ab Datum der Kenntnisnahme und nach Zustimmung übernommen.**

Sozialhilfe beantragt  ja  nein  muss noch beantragt werden

zuständiges Sozialamt \_\_\_\_\_

Kostenübernahmeerklärung  liegt bei  wird nachgereicht \_\_\_\_\_

30. Gewünschte Unterbringung  
O Vollstationäre Pflege O Einzelzimmer O Betreutes Seniorenappartement  
O Kurzzeitpflege O Doppelzimmer O für 1 Person O für 2 Personen

---

31. Telefonanschluss erwünscht (kostenpflichtig) O ja O nein

---

32. TV- Leihgerät erwünscht (kostenpflichtig) O ja O nein

---

33. Einzugstermin am \_\_\_\_\_

---

34. Kurzaufnahme von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

---

35. Antrag für Kurzzeitpflege bei gesetzlicher Krankenkasse gestellt? O ja O nein

**Hinweis: Pflegekosten werden von der Krankenkasse nur nach genehmigter Antragsstellung übernommen**

---

36. Besondere Kostform notwendig/ erwünscht O ja O nein  
falls ja, welche? \_\_\_\_\_

---

37. Patientenverfügung vorhanden O ja O nein  
Bestattungsvorsorge vorhanden O ja O nein Institution \_\_\_\_\_

Falls keine Vorsorge vorhanden sein sollte, bitte folgende Dokumente als Kopien bereitstellen:

O Personalausweis O Geburtsurkunde O Heiratsurkunde O Sterbeurkunde des Partners/  
Scheidungsurkunde

---

38. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

39. Biographiebogen ausgefüllt O ja O nein

---

40. Hausratsversicherung vorhanden O ja O nein

---

41. Haftpflichtversicherung vorhanden O ja O nein

---

42. Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?  
\_\_\_\_\_

---

43. Wer stellt diesen Antrag?  
\_\_\_\_\_

---

Nach Besichtigung des Hauses und ausführlicher Beratung melde ich mich hiermit an.  
Bei Aufnahme im **Betreuten Wohnen** wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von **100,00 €** fällig.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ort, Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden