



VERBINDLICHE ANMELDUNG
Betreutes Wohnen / Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege
(streng vertraulich)

FO 6.4.20

<p>SENIORENZENTRUM NOVALIS Ghersburgstraße 19 83043 BAD AIBLING Telefon 08061-905-0, Fax 08061-905-699 info@seniorencentrum-novalis.com www.seniorencentrum-novalis.ocm</p>	<p><u>Aufnahme</u></p> <p>Datum _____</p> <p>Bereich _____</p> <p>Zimmer _____</p>
--	---

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 _____

Freigabe	Bearbeiter	Version	Gültig ab	Seite
HL L.Merse	QMB	1.0	09.06.2020	Seite 1



VERBINDLICHE ANMELDUNG
Betreutes Wohnen / Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege
(streng vertraulich)

FO 6.4.20

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 _____ Mitgliedsnummer der Krankenkasse _____
Name _____
Anschrift _____
Tel. geschäftlich _____ Tel. privat _____ Fax _____

Freigabe	Bearbeiter	Version	Gültig ab	Seite
HL L.Merse	QMB	1.0	09.06.2020	Seite 2



VERBINDLICHE ANMELDUNG
Betreutes Wohnen / Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege
(streng vertraulich)

FO 6.4.20

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

Freigabe	Bearbeiter	Version	Gültig ab	Seite
HL L.Merse	QMB	1.0	09.06.2020	Seite 3



VERBINDLICHE ANMELDUNG
Betreutes Wohnen / Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege
(streng vertraulich)

FO 6.4.20

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

Vollstationäre Pflege Einzelzimmer Betreutes Seniorenappartement

Kurzzeitpflege Doppelzimmer für 1 Person für 2 Personen

31. Telefonanschluss erwünscht (kostenpflichtig) ja nein

32. TV- Leihgerät erwünscht (kostenpflichtig) ja nein

33. Einzugstermin am _____

34. Kurzaufnahme von _____ bis _____

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

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

36. Besondere Kostform notwendig/ erwünscht ja nein

falls ja, welche? _____

37. Patientenverfügung vorhanden ja nein

Bestattungsvorsorge vorhanden ja nein Institution _____

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

Personalausweis Geburtsurkunde Heiratsurkunde Sterbeurkunde des Partners/Scheidungsurkunde

38. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen: _____

Freigabe	Bearbeiter	Version	Gültig ab	Seite
HL L.Merse	QMB	1.0	09.06.2020	Seite 4



VERBINDLICHE ANMELDUNG
Betreutes Wohnen / Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege
(streng vertraulich)

FO 6.4.20

39. Biographiebogen ausgefüllt ja nein

40. Hausratsversicherung vorhanden ja nein

41. Haftpflichtversicherung vorhanden ja 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

Freigabe	Bearbeiter	Version	Gültig ab	Seite
HL L.Merse	QMB	1.0	09.06.2020	Seite 5