+Verteiler:
☐Pflege
☐BD

Anmeldung

Angaben zur Person

Vorname(n):	Name:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Geburtsort/ Kreis:	Staatsangehörigkeit:
Familienstand:☐ledig ☐verheiratet ☐verwitwet seit:	☐geschieden seit:
Konfession:	

Gewünschte Unterbringung:

Geplantes Zimmer:	
☐Kurzzeitpflege (von- bis):	☐Vollstat. Aufnahme ab:

Polizeilich gemeldeter Hauptwohnsitz:

Straße:	
PLZ/ Ort:	Tel:

Anschriften der Angehörigen/ Vertrauenspersonen:

Name, Vorname	Wie verwandt?	Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon

Gesetzliche Betreuung/ Vollmacht:

☐ gesetzl. Betreuung ☐ beantragt am: ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Patientenverfügung	Name, Anschrift, Telefon Betreuerln/ Bevollmächtigte:

Krankenkasse:

Krankenkasse:	
Straße:	PLZ/ Ort:
Versicherungsverhältnis:	Mitgliedsnummer:

Pflegegrad:

Pflegegrad: ☐1☐2 ☐3 ☐4 ☐5	Datum des Bescheides:
Einstufung bzw. Höherstufung: ☐wurde beantragt am	☐muss beantragt werden

Preisübersicht vollstationäre Pflege 01.01.2025 – 30.09.2025

Pflege-grad	Einrichtungs-einh. Eigenant.	Unterkunft	Verpflegung	Investitions-kosten	Ausbildungs-vergütung	Ausbildungsumlage-zuschlag	**Gesamtheim-entgelt pro Tag**
1	55,80€	20,17€	13,44€	8,05€	0,00€	3,86€	**101,32€**
2-5	54,34€	20,17€	13,44€	8,05€	0,00€	3,86€	**99,86€**

Kostenrechnung auf der Basis 30,42 Tage pro Monat

Pflegegrad	Eigenanteil
1	**=3.082,15€**
2-5	**=3.037,74€ (./. § 43c 15% = 2.772,19€)**

Preisübersicht Kurzzeitpflege

Kostenrechnung bei 28 Tagen, Abrechnung erfolgt taggenau

Pflegegrad	Eigenanteil
1	**=2.957,64€**
2	**=1.682,96€**
3	**=2.156,16€**
4	**=2.649,52€**
5	**=2.871,28€**

Hiermit verpflichte ich mich, für den Fall der Heimaufnahme, die durch den Aufenthalt im Seniorenheim St. Vinzenz entstehenden Kosten in voller Höhe, für die Dauer der Zahlungspflicht als Selbstschuldner zu übernehmen und im Voraus, spätestens bis zum 15. des Monats zu bezahlen.	
Vorname:	Name:
Straße:	
PLZ/ Ort:	
Unterschrift Bewohner	Unterschrift Bevollmächtigter/ Betreuer

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

☐ Zuschuss der Pflegekasse
Der verbleibende Restbetrag wird aufgebracht durch: ☐ Monatliches Einkommen (z.B. Rente) ☐ Zuzahlung aus Barvermögen oder sonstigen Einkünften (z.B. Sparguthaben) ☐ Leistungen des Sozialamtes beantragt:
Sozialamt:
Straße
PLZ/ Ort:
Der Kostenübernahmebescheid ☐liegt bei ☐wird nachgereicht ☐wurde beantragt am: ☐muss noch beantragt werden

Erforderliche Unterlagen/ Erledigungen vorm bzw. beim Einzug in unsere Einrichtung:

<u>Verwaltung:</u> ☐ Ärztlicher Fragebogen, letzter Arztbrief inkl. Ärztliches Attest gem. §36 IfSG ☐ Befreiungsausweis bzgl. Zuzahlung bei Medikamenten (falls vorhanden) ☐ Versicherungskarte der Krankenkasse ☐ Pflegeeinstufungsbescheid bzw. Beantragung ☐ Aktueller Rentenbescheid ☐ Antrag Sozialhilfe/ Bescheid Kostenübernahme Sozialamt ☐ Formular zur Rentenüberleitung ☐ Formular für Bankeinzug ☐ Betreuerausweis ☐ Patientenverfügung/ Betreuungsvollmacht ☐ Biographiebogen ☐ Personalausweis/ Reisepass ☐ Herzschrittmacherausweis
<u>Wohnbereich:</u> ☐ Kleidung für ca. 7 Tage ☐ Rollstuhl/ Rollator ☐ Medikamente ☐ Medikamentenverordnungsblatt, m. Unterschrift vom Arzt ☐ Inkontinenzmaterial (nur bei Kurzzeitpflege)

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller | Betreuer/ Bevollmächtigter

Hausarzt:

Name:	Straße:
PLZ/ Ort:	Tel:

Ärztlicher Fragebogen

(Vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Name:	Vorname:
Geb.:	

Bestehen **ansteckende Krankheiten** (TBC, Hepatits, MRSA, …)?

☐ ja, folgende:	☐ nein

Diagnosen

Aktuelle Medikation

Medikament/ Verabreichungsform	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkungen

Allergien/ Unverträglichkeiten

Stimmungslage

Hautzustand

Dekubitus

☐ Ja	☐ Nein
Wenn Ja, wo?	

Ernährung

☐Normale Kost	☐passierte Kost	☐Sondenernährung
☐Sonstiges		

Ausscheidung

Harninkontinenz:	☐ja	☐nein	☐gelegentlich
Stuhlinkontinenz:	☐ja	☐nein	☐gelegentlich

Hilfsmittel

Hinweise/ Ergänzungen

Ärztliche Betreuung erfolgt im Heim auch weiterhin von Ihnen

☐ja	☐nein

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des Arztes