ANMELDUNG – HAUS JOSEFINE NEUBAU

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 BetreuerIn/ Bevollmächtigte:

Krankenkasse:

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

Pflegegrad:

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

Preisübersicht vollstationäre Pflege 01.01.2026 – 30.09.2026

Pflegegrad	Einrichtugseinh. Eigenanteil	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten	Ausbildundgs-vergütung	Ausbildungs-umlagezuschlag	Gesamtheim-entgelgt pro Tag
1	64,12€	22,81€	15,20€	19,02€	0,00€	4,36€	125,51€
2-5	65,54€	22,81€	15,20€	19,02€	0,00€	4,36€	126,93€

Kostenrechnung auf der Basis 30,42 Tage pro Monat

Pflegegrad	Eigenanteil
1	=3.818,01€
2-5	=3.861,21€ (./. § 43c 15% = 3.542,27€)

Preisübersicht Kurzzeitpflege, Kostenrechnung bei 28 Tagen, Abrechnung erfolgt taggenau

Pflegegrad	Eigenanteil
1	=3.634,96€
2	=2.440,92€
3	=2.914,12€
4	=3.407,48€
5	=3.629,24€

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/in	Unterschrift Bevollmächtigte/er oder Betreuer/in

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 vor dem bzw. beim Einzug in unsere Einrichtung:

Verwaltung:

- ☐ 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

Wohnbereich:

- ☐ 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 Antragsstelle/er	Bevollmächtigte/er oder Betreuer/in

Ärztliche Informationen

Hausarzt

Name:	Straße:
PLZ:	Tel:

Ärztlicher Fragebogen

(Vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	

Bestehen ansteckende Krankheiten? (TBC, Hepatits, MRSA, ...)

Straße:	
PLZ/Ort:	Tel:

Anschriften der Angehörigen/ Vertrauenspersonen:

☐ Ja, folgende	☐ nein

Diagnosen:

Aktuelle Medikation:

Medikament/Verabreichungsform	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkungen

Allergien/ Unverträglichkeiten:

Stimmungslage:

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	Unterschrift Antragsstelle/er	Bevollmächtigte/er oder Betreuer/in