

ANMELDUNG – HAUS LUCIA

Angaben zur Person:

Vorname(n):	Name:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Geburtsort / Kreis:	Staatsangehörigkeit:
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____ geschieden seit: _____	
Konfession:	

Gewünschte Unterbringung:

Geplantes Zimmer:	
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege (von-bis):	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuung <input type="checkbox"/> beantragt am: <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung	Name, Anschrift, Telefon BetreuerIn/ Bevollmächtigte:
--	--

Krankenkasse:

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

Pflegegrad:

Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Einstufung bzw. Höherstufung: <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> muss beantragt werden

Preisübersicht vollstationäre Pflege 01.01.2026 – 30.09.2026

Pflegegrad	Einrichtungseinh. Eigenanteil	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten	Ausbildungsvergütung	Ausbildungsumlagezuschlag	Gesamtheim-entgelt pro Tag
1	60,55€	21,22€	14,15€	10,23€	0,00€	4,36€	110,51€
2-5	63,56€	21,22€	14,15€	10,23€	0,00€	4,36€	113,52€

Kostenrechnung auf der Basis 30,42 Tage pro Monat

Pflegegrad	Eigenanteil
1	=3.361,72€
2-5	=3.453,28€ (./. § 43c 15% = 3.143,37€)

Preisübersicht Kurzzeitpflege, Kostenrechnung bei 28 Tagen, Abrechnung erfolgt taggenau

Pflegegrad	Eigenanteil
1	=3.214,96€
2	=2.065,44€
3	=2.538,64€
4	=3.032,00€
5	=3.253,76€

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:

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

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

<p><u>Verwaltung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ärztlicher Fragebogen, letzter Arztbrief inkl. Ärztliches Attest gem. §36 IfSG <input type="checkbox"/> Befreiungsausweis bzgl. Zuzahlung bei Medikamenten (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Versicherungskarte der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Pflegeeinstufungsbescheid bzw. Beantragung <input type="checkbox"/> Aktueller Rentenbescheid <input type="checkbox"/> Antrag Sozialhilfe/ Bescheid Kostenübernahme Sozialamt <input type="checkbox"/> Formular zur Rentenüberleitung <input type="checkbox"/> Formular für Bankeinzug <input type="checkbox"/> Betreuerausweis <input type="checkbox"/> Patientenverfügung/ Betreuungsvollmacht <input type="checkbox"/> Biographiebogen <input type="checkbox"/> Personalausweis/ Reisepass <input type="checkbox"/> Herzschrittmacherausweis <p><u>Wohnbereich:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kleidung für ca. 7 Tage <input type="checkbox"/> Rollstuhl/ Rollator <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Medikamentenverordnungsblatt, m. Unterschrift vom Arzt <input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Ja, folgende	<input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------	-------------------------------

Diagnosen:

Aktuelle Medikation:

Medikament/Verabreichungsform	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkungen

Allergien/ Unverträglichkeiten:

Stimmungslage:

Dekubitus:

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wo?	

Ernährung:

<input type="checkbox"/> Normale Kost	<input type="checkbox"/> Passierte Kost	<input type="checkbox"/> Sondenernährung
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

Ausscheidung:

Harninkontinenz: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich

Hilfsmittel:

Hinweise/ Ergänzungen:

Ärztliche Betreuung erfolgt im Heim auch weiterhin von Ihnen:

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsstelle/er	Bevollmächtigte/er oder Betreuer/in
------------	-------------------------------	-------------------------------------