



QM-Handbuch H [0]	Magdalenum Seniorenpflegeheime GmbH Siegenburg/Elsendorf	
	3.01.01_E6 Anmeldung zur Heimaufnahme	

- Magdalenum Demenzzentrum, Am Schulberg 4, 84094  
Elsendorf, Tel.: 08753/967303 - 0 , Fax: 08753/967303 -599
  - Magdalenum Seniorenheim, Mühlstrasse 33, 93354  
Siegenburg, Tel.: 09444/9771-0 , Fax:09444/9771-71
- Zur  vollstationären Dauerpflege, gewünschter Einzugstermin.....
- Zur  Kurzzeitpflege, gewünschter Einzugstermin von ..... bis .....
- Einzelzimmer Nr.\_\_\_\_  Doppelzimmer Nr.\_\_\_\_  Appartement Nr.\_\_\_\_ Telefon\_\_\_\_

### Angaben zur Ihrer Person

Name..... Geburtsname.....  
 Vorname..... Geburtsdatum.....  
 Straße ..... Geburtsort.....  
 PLZ/Ort..... Staatsangehörigkeit.....  
 Familienstand.....Konfession.....früherer Beruf.....



### Bitte nennen Sie uns Ihre Angehörigen oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

Nachname..... Vorname.....  
 Verwandtschaftsgrad.....  
 Straße..... PLZ/Ort.....  
 Telefon privat .....dienstl. ....Fax.....  
 Mobil.....E-Mail.....

Nachname..... Vorname.....  
 Verwandtschaftsgrad.....  
 Straße..... PLZ/Ort.....  
 Telefon privat .....dienstl. ....Fax.....  
 Mobil.....E-Mail.....

Nachname..... Vorname.....  
 Verwandtschaftsgrad.....  
 Straße..... PLZ/Ort.....  
 Telefon privat .....dienstl. ....Fax.....  
 Mobil.....E-Mail.....

	erstellt	geändert/R.-Stand	geprüft	freigegeben	gültig ab
Datum:	12.06.2003	14.11.2017 [7]	14.11.2017	14.11.2017	14.11.2017
Unterschrift/Name	GF/HL	QB	QB	QB	QB

<b>QM-Handbuch H [0]</b>	<b>Magdalenum Seniorenpflegeheime GmbH Siegenburg/Elsendorf</b>	
	<b>3.01.01_E6 Anmeldung zur Heimaufnahme</b>	

**Besteht eine gerichtlich bestellte Betreuung oder eine Vorsorgevollmacht?**

- nein       ja, falls ja, wer ist Bevollmächtigter/Betreuer?

Nachname..... Vorname.....

Straße..... PLZ/Ort.....

Telefon privat .....dienstl. ....Fax.....

Mobil.....E-Mail.....

**Vorsorgevollmacht**

**Wirkungskreis(e) der Betreuung**

- Sorge für die Gesundheit    Vermögenssorge    Aufenthaltsbestimmung  
 Postangelegenheiten    Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten – u.  
Sozialleistungsträgern    .....

**Patientenverfügung vorhanden**       ja       nein

**Bitte nennen Sie uns Ihre Krankenkasse- bzw. Pflegekasse**

- AOK       DAK       Barmer       KKH       .....

.....  
(Anschrift der Krankenkasse – Versicherungsnummer)

Sind Sie von der Rezeptzahlung befreit?    Ja       Nein

**Verlegung von:**     privat       Krankenhaus       anderer Pflegeeinrichtung

Erhalten Sie bereits Leistungen der Pflegeversicherung?    Ja     Nein

Pflegegrad:     I       II       III       IV       V

Leistungen der Pflegeversicherung wurden beantragt     ja     nein     abgelehnt



Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden vom Sozialdienst /Krankenhaus gestellt    ja     nein

Bemerkung:.....

**Sind sie beihilfeberechtigt?**    nein    ja    Falls ja:

Name der Beihilfestelle und Anschrift.....

.....

<b>QM-Handbuch H [0]</b>	<b>Magdalenum Seniorenpflegeheime GmbH Siegenburg/Elsendorf</b>	
	<b>3.01.01_E6 Anmeldung zur Heimaufnahme</b>	

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name.....Straße.....PLZ/Ort.....  
 Telefon.....Fax.....Mobil.....

### Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name.....Straße.....PLZ/Ort.....  
 Telefon.....Fax.....Mobil.....

### Wer übernimmt die Kosten des Aufenthalts?

aus eigenen Mitteln , Rechnungsempfänger(Name und Anschrift).....  
 .....

Sozialamt  Ein Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe muss gestellt werden

Ein Antrag auf Gewährung von Hilfe wurde bereits gestellt:

.....  
 Datum der Antragstellung, Anschrift des Sozialhilfeträgers

**Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege** bereits in Anspruch genommen:  nein  ja

in der Zeit von .....bis..... und .....

Noch zur Verfügung stehender Betrag lt. Pflegekasse:.....  
 .....

**Schwerbehindertenausweis** vorhanden:  Nein  Ja .....% Zeichen.....

**Telefon gewünscht**  Nein  Ja ab .....

### Anmeldung bei der Meldebehörde

Hauptwohnsitz  Nebenwohnsitz

### Hinweise / Ergänzungen:

.....  
 .....

.....  
 Datum

.....  
 Unterschrift des Antragstellers/Betreuers/Bevollmächtigten