


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

Magdalenum Seniorenheim, Mühlstr. 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	15.03.2021 [8]	15.03.2021	15.03.2021	15.03.2021
Unterschrift/Name	GF/HL	QB	QB	QB	QB

QM-Handbuch H [0]	Magdalenum Seniorenpflegeheime GmbH Seniorenheim Siegenburg	
	<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 - Patientenverfügung vorhanden**     ja     nein

**Wirkungskreis(e) der Betreuung**

Sorge für die Gesundheit     Vermögenssorge     Aufenthaltsbestimmung

Postangelegenheiten     Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten – u.

Sozialleistungsträgern     .....

**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:.....


**Covid -19 Impfung:**     ja    1.Covid 19 Impfung am \_\_\_\_\_

2.Covid 19 Impfung am \_\_\_\_\_

nein - ist eine Covid-19 Impfung gewünscht?     ja     nein

Bemerkung zur Covid-19 Impfung:.....

	erstellt	geändert/R.-Stand	geprüft	freigegeben	gültig ab
Datum:	12.06.2003	15.03.2021 [8]	15.03.2021	15.03.2021	15.03.2021
Unterschrift/Name	GF/HL	QB	QB	QB	QB

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

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

Name der Beihilfestelle und Anschrift.....

**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

**Kurzeitpflege/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 Antragsstellers/Betreuers/Bevollmächtigten

	erstellt	geändert/R.-Stand	geprüft	freigegeben	gültig ab
Datum:	12.06.2003	15.03.2021 [8]	15.03.2021	15.03.2021	15.03.2021
Unterschrift/Name	GF/HL	QB	QB	QB	QB