



Evangelisches Pflegewohnheim Schönow Haus Barmherzigkeit Haus Melanchthon

Pflegewohnheim Haus Luther

Zimmerwunsch: Einzelzimmer Doppelzimmer

Einzug:

gewünschter Einzugstermin: möglichst sofort in ca. _____ Monaten bei Bedarf

persönliche Daten der Interessentin/des Interessenten:

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

bisherige Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Angehörige/r: Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

weitere Bezugsperson: Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Rechnungsempfänger/in: **Postempfänger/in:**

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Dok. Nr.	Dok. Art	Erstellt von	Freigabe von	Freigabedatum	Geltungsbereich	Versionsnummer	Seite
Z 051	F	SD	EL	0120	Alle	01	1 von 4



bevollmächtigte Person: **gesetzliche/r Betreuer/in:**
 Name: _____ Vorname: _____
 Anschrift: _____
 Telefon: _____ E-Mail: _____

Vollmachten und Betreuung

Liegt eine gesetzliche Betreuung vor? ja nein
 Wenn ja, Aktenzeichen: _____ vom: _____
 Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? ja nein
 für die Bereiche/Aufgabenkreise:
 behördliche Angelegenheiten finanzielle Angelegenheiten
 Gesundheitsfürsorge sonstige: _____
 Liegt eine Betreuungsverfügung vor? ja nein

Ausweise/Verschiedenes

Personalausweis ja gültig bis: _____ nein
 Schwerbehinderten Ausweis ja gültig bis: _____ nein
 Grad der Behinderung _____ Merkzeichen: _____
 Sonderfahrdienstbescheinigung ja A.Nr.: _____ nein
 Zuzahlungsbefreiung ja gültig bis: _____ nein
 Herzschrittmacherausweis ja nein
 Patientenverfügung ja nein

Dok. Nr.	Dok. Art	Erstellt von	Freigabe von	Freigabedatum	Geltungsbereich	Versionsnummer	Seite
Z 051	F	SD	EL	0120	Alle	01	2 von 4



Bestattungsvorsorgevertrag ja nein

Bestattungsunternehmen (Name, Anschrift) _____

Wer kümmert sich um den Nachlass: _____

Pflegekasse/Krankenkasse

Name der Kasse: _____

Anschrift der Kasse: _____

Versichertennummer: _____

Versicherungsverhältnis gesetzl. privat Beihilfe

Krankenversichertenkarte liegt vor? ja nein

Pflegegrad:

1 2 3 4 5

gültig seit: _____ Pflegegrad beantragt am: _____

Höherstufung beantragt ja nein

Liegt eine ärztliche Empfehlung für die vollstationäre Pflege vor? ja nein

Überweisende Einrichtung/ vorheriger Aufenthalt

Name/ Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ärzterschaft

Hausärztin/Hausarzt (Name/ Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax/E-Mail: _____

Wird diese/dieser bei Heimaufnahme beibehalten? ja nein

Dok. Nr.	Dok. Art	Erstellt von	Freigabe von	Freigabedatum	Geltungsbereich	Versionsnummer	Seite
Z 051	F	SD	EL	0120	Alle	01	3 von 4

**Einkommensverhältnisse**

Kann der Eigenanteil der Heimkosten durch das Einkommen und/ oder das Vermögen gedeckt werden?

ja nein

Oder sind ergänzende Leistungen zu beantragen?
(z.B. Hilfe zur Pflege = Sozialhilfeleistungen)

ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ich habe vor Vertragsabschluss eine umfassende vorvertragliche Information gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WBVG) inklusive eines Pflege- und Betreuungsvertrages erhalten und wurde ausführlich zu den Inhalten beraten. Dem Antragsteller, der Antragstellerin wurden vor der Unterzeichnung des Anmeldebogens ein Musterheimvertrag und die vorvertraglichen Informationen ausgehändigt.

Die folgenden Unterlagen wurden dem Anmeldebogen beigelegt und entsprechen den Angaben:

ärztliches Gutachten/ Krankenhausentlassungsbericht

Pflegegradnachweis

Vollmacht

Betreuerausweis

Ort, Antragsdatum

Unterschrift Antragsteller/in

Interne Vermerke:

Einzugstermin: _____

Haus, WB und Zimmernummer: _____

bearbeitet von: PDL _____

Sozialdienst _____

Freigabe EL _____

Dok. Nr.	Dok. Art	Erstellt von	Freigabe von	Freigabedatum	Geltungsbereich	Versionsnummer	Seite
Z 051	F	SD	EL	0120	Alle	01	4 von 4