



## Voranmeldung und Aufnahmebogen

*Sehr geehrte Interessentinnen und Interessenten an unseren Angeboten,*

*wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Einrichtung.*

*Sollte Sie sich lediglich im **Vorhinein und vorsorglich** für die Angebote unserer Einrichtung interessieren, so benötigen wir den **Bogen 1 „Vor Anmeldung“** an unten aufgeführte Adresse (per Post/Fax/Mail).*

*Zur Voranmeldung in diesem Sinne benötigen wir **nur** diese Daten*

***Unmittelbar zum Einzug** benötigen wir dann die Informationen bzw. Unterlagen wie aufgeführt in **Bogen 2 „Aufnahmedaten – notwendige Unterlagen“**.*

*Sollten Sie den Bogen 1 noch nicht ausgefüllt haben, so benötigen wir diesen natürlich auch. Ansonsten überprüfen Sie diesen bitte auf Aktualität.*

*Im Gespräch zum Einzug - im unmittelbaren zeitlichen Vorfeld des Einzuges- besprechen wir insbesondere den Bogen 2 mit Ihnen.*

*Zudem benötigen wir dann auch die dort aufgeführten **Unterlagen**.*

*Ihre*

*Einrichtungsleitung*

**Haus am Steinhübel  
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie  
Meißenwies 16**

**66123 Saarbrücken**

Telefon: **0681/66503-10**

Fax: **0681/66503-19**

Mail: **haus-am-steinhuebel@kreuznacherdiakonie.de**

Internet: **www.kreuznacherdiakonie.de/Senioren/  
Seniorenhilfe**

senden an

## Voranmeldung (Bogen 1)

Haus am Steinhübel  
Seniorenhilfe kreuznacher diakonie  
Meißenwies 16

Telefon: 0681/66503-10  
Fax: 0681/66503-19  
Mail: haus-am-steinhuebel@kreuznacherdiakonie.de

66123 Saarbrücken

Internet: [www.kreuznacherdiakonie.de/Senioren/Seniorenhilfe](http://www.kreuznacherdiakonie.de/Senioren/Seniorenhilfe)

Zur Voranmeldung benötigen wir folgende Informationen:

### 1. Angebot (\*falls in der Einrichtung vorhanden)

|  |   |   |                                      |
|--|---|---|--------------------------------------|
| Tagespflege <input type="checkbox"/>   | Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>   | Dauerpflege <input type="checkbox"/>      | Wohnen Plus <input type="checkbox"/> |
|  | Eingestrente KZP <input type="checkbox"/> |   |                                      |
| Einbettzimmer <input type="checkbox"/> | Zweibettzimmer <input type="checkbox"/>   | eigene Nasszelle <input type="checkbox"/> | Apartment <input type="checkbox"/>   |

### 2. Aufnahmezeitpunkt

|                                      |                                 |                                    |           |
|--------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------|
| vorsorglich <input type="checkbox"/> | sofort <input type="checkbox"/> | jederzeit <input type="checkbox"/> | ab: _____ |
|--------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------|

### 3. Persönliche Daten

|               |                                |                                    |  |
|---------------|--------------------------------|------------------------------------|--|
| Anrede        |                                | Titel                              |  |
| Vorname       |                                | Geburtsname                        |  |
| Name          |                                | Konfession                         |  |
| Geburtsdatum  |                                | Nationalität                       |  |
| Geburtsort    |                                |                                    |  |
| Krankenkasse  |                                |                                    |  |
| Familienstand | ledig <input type="checkbox"/> | verwitwet <input type="checkbox"/> | geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> |

|         |  |       |  |
|---------|--|-------|--|
| Straße  |  | Fax   |  |
| PLZ     |  | Handy |  |
| Ort     |  | mail  |  |
| Telefon |  |       |  |

### 4. Pflegegrad aktuell

<1  1  2  3  4  5  seit: \_\_\_\_\_  
beantragt: **nein**  **ja**  am \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_  
Eilbegutachtung beantragt  am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_  
Höherstufung beantragt  am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

**5. Kontakte (weitere Kontakte sind auf Bogen 2 möglich)**

|                         |  |       |  |
|-------------------------|--|-------|--|
| <b>1.</b> Name, Vorname |  | Mobil |  |
| Straße                  |  | mail  |  |
| PLZ, Ort                |  |       |  |
| Telefon                 |  | Fax   |  |

Beziehung: familiär  \_\_\_\_\_ bevollmächtigt  Betreuer/-in  1. Bezug

|                         |  |       |  |
|-------------------------|--|-------|--|
| <b>2.</b> Name, Vorname |  | Mobil |  |
| Straße                  |  | mail  |  |
| PLZ, Ort                |  |       |  |
| Telefon                 |  | Fax   |  |

Beziehung: familiär  \_\_\_\_\_ bevollmächtigt  Betreuer/-in  1. Bezug

**6. weitere Informationen / Pflegebedarf / Vorsorge / Vorlieben / Besonderheiten:**

*Mit Ihren Daten gehen wir nach den geltenden gesetzlichen Vorgaben vertrauensvoll um. **Bitte bringen Sie erst nach der Aufnahmeentscheidung ärztliche Unterlagen, Bescheide, Patienten-verfügung, Vollmachten und Vorsorgeverfügungen (siehe Voranmeldung Bogen 2) mit.***

*Sollten sich oben aufgeführte Angaben ändern, so teilen Sie uns dies bitte mit.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Interessierten oder Vertreter\*in

## Aufnahmedaten - notwendige Unterlagen (Bogen 2)

**Folgende Informationen (Fortsetzung Bogen 1) benötigen wir erst unmittelbar zum Einzug. Sollten sich die Daten auf dem Voranmeldebogen Teil 1 geändert haben, bitte diesen aktualisiert zum Erstgespräch mitbringen oder am besten im Vorfeld zusenden:**

**Betrifft:**

|              |           |                      |       |
|--------------|-----------|----------------------|-------|
| Name         |           | Geburtsdatum         |       |
| Vorname      |           | Voranmeldebogen vom: |       |
| Erstgespräch | am: _____ | durch: _____ (Hdz.)  | _____ |
| Erstbesuch   | am: _____ | durch: _____ (Hdz.)  | _____ |

### 7. Aufenthaltsort vor Aufnahme

|          |                          |                              |                          |                |
|----------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------|
| Zu Hause | <input type="checkbox"/> | Einrichtung im Aufnahmemonat | <input type="checkbox"/> | Welche: _____  |
|          |                          | Krankenhaus                  | <input type="checkbox"/> | Welches: _____ |

### 8. Hausarzt + Fachärzte

|   |                                 |   |                                 |
|---|---------------------------------|---|---------------------------------|
| Hausarzt  |                                 | Facharzt<br>1                             | Disziplin: _____<br>Name: _____ |
| Facharzt<br>2                                   | Disziplin: _____<br>Name: _____ | Facharzt<br>3                             | Disziplin: _____<br>Name: _____ |
| Weitere Versorgung durch Hausarzt gewährleistet |                                 | ja <input type="checkbox"/> Ersatz: _____ |                                 |

### 9. Kostenträger (Kranken –Pflegekasse, Sozialamt)

|   |   |                     |  |
|---|---|---------------------|--|
| Krankenkasse  |   | Versichertennummer. |  |
| Zuzahlungsbefreit   | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Beihilfeberechtigt  | ja <input type="checkbox"/> Prozent: _____ |
| Kostenträger: Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Antrag gestellt am _____ |   |                     |  |
| Für den letzten Wohnort zuständiges Sozialamt _____   |   |                     |  |

### 10. für die Abrechnung sind folgende Daten notwendig:

#### Rechnungsempfänger

|               |  |       |  |
|---------------|--|-------|--|
| Name, Vorname |  | Mobil |  |
| Straße        |  | mail  |  |
| PLZ, Ort      |  |       |  |
| Telefon       |  | Fax   |  |

Rechnung als PDF gewünscht ja

#### Die Kosten (Eigenanteil) werden beglichen

nach Rechnungsstellung  mit SEPA-Lastschriftverfahren  durch Sozialamt

#### Kontodaten (wichtig für SEPA-Lastschriftverfahren)

|                  |  |
|------------------|--|
| Kontoinhaber*in: |  |
| IBAN:            |  |
| Bank:            |  |

### 11. weitere Kontakte (Fortsetzung von Bogen 1)

|   |  |       |  |
|---|--|-------|--|
| <b>3. Name, Vorname</b>   |  | Mobil |  |
| Straße  |  | mail  |  |
| PLZ, Ort  |  |       |  |
| Telefon   |  | Fax   |  |
| Beziehung: familiär <input type="checkbox"/> _____ bevollmächtigt <input type="checkbox"/> Betreuer*in <input type="checkbox"/> |  |       |  |

|   |  |       |  |
|---|--|-------|--|
| <b>4. Name, Vorname</b>   |  | Mobil |  |
| Straße  |  | mail  |  |
| PLZ, Ort  |  |       |  |
| Telefon   |  | Fax   |  |
| Beziehung: familiär <input type="checkbox"/> _____ bevollmächtigt <input type="checkbox"/> Betreuer*in <input type="checkbox"/> |  |       |  |

**5. Physiotherapie und Logopädie:**

**6. Frisör und Fußpflege:**

### 12. vor Aufnahme zu besprechen

|  |  |
|--|--|
| Vorvertragliche Informationen  | ausgehändigt <input type="checkbox"/> Internet Download <input type="checkbox"/> |
| Aufklärung zur persönlichen Haftung (Haftpflichtversicherung)            | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/>   |
| Beratung zur Antragstellung beim Sozialamt                               | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/>   |
| Information + Beratung zum Umgang mit Wertsachen / Barbetragkonto        | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/>   |
| Information + Beratung zur Wäschepflege und Kennzeichnung der Wäsche     | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/>   |
| Information zur Hausarztversorgung                                       | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/>   |
| Information zur Inkontinenzversorgung                                    | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/>   |
| <b>Nur Tagespflege:</b> Informationen zur Medikamentengabe ausgehändigt? | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>               |
|  |  |

### 13. folgende Hilfsmittel werden beim Einzug mitgebracht

| Art | Hersteller | Lieferant | Gerätenummer | Eigentum   |
|-----|------------|-----------|--------------|--|
|     |            |           |              | Selbst <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> |
|     |            |           |              | Selbst <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> |
|     |            |           |              | Selbst <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> |

| 14. vor Aufnahme zu klären + als Unterlagen abzugeben                                      |  |
|--|--|
| Beratung zur Vorsorgevollmacht   | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/><br>Vorsorgevollmacht vorhanden <input type="checkbox"/><br>Vorsorgevollmacht abgegeben: Ja <input type="checkbox"/> |
| Beratung zur Betreuung (gerichtlich bestellt)  | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde abgegeben: Ja <input type="checkbox"/>  |
| Beratung zur Patientenverfügung  | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> Patientenverfügung abgegeben: Ja <input type="checkbox"/>   |
| Aktuelle Rentenbescheide (alle Renten)   | <u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>  |
| Beratung zur Rentenüberleitung   | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> Anträge abgegeben: Ja <input type="checkbox"/>  |
| Bescheid über Pflegegrad   | <u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>  |
| Information zur Pflegebegutachtung   | erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> noch nicht erfolgt <input type="checkbox"/><br>Antrag als Kopie abgegeben Ja <input type="checkbox"/>               |
| Bescheinigung zur Beihilfe   | <u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>  |
| Krankenversichertenkarte   | <u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>  |
| Befreiungsausweis  | <u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>  |
| Personalausweis  | <u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>  |
| Schwerbehindertenausweis   | <u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>  |
| Antrag auf Leistungen durch Pflegekasse (KZP, stationär, incl. 43 b Leistungen) gestellt   | <u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>  |
| Aktuelle Arztberichte (gegebenenfalls zur Weitergabe an neuen Hausarzt)                    | <u>Abgegeben</u> : Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/>  |
| (Haus)ärztlicher Fragebogen  | zur Abgabe bei Aufnahme ausgehändigt <input type="checkbox"/><br><b>abgegeben</b> Ja <input type="checkbox"/>  |
|  |  |
|  |  |
| 15. weitere wichtige Informationen / Pflegebedarf / Vorsorge / Vorlieben / Besonderheiten: |  |
|  |  |

Ort, Datum

Unterschrift der Bewohner\*in/ Gast oder Vertreter\* in