



**ALTEN- UND PFLEGEHEIM  
HAUS ABENDFRIEDEN**  
Martin-Luther-Str. 1  
38640 Goslar  
Tel.: (05321) 784-0

## Heimaufnahmebogen für das „Haus Abendfrieden“, Seite 1

Guten Tag,

Sie möchten in das Haus Abendfrieden einziehen – darüber freuen wir uns sehr. Wir möchten uns auf Sie und Ihre Bedürfnisse einstellen können. Damit Ihnen der Übergang gut gelingt und Sie sich in Ihrem neuen Zuhause sehr bald einleben und wohl fühlen können, benötigen wir einige Informationen. Diese dienen auch dazu, die notwendigen Verwaltungsangelegenheiten erledigen zu können. Wir möchten Sie daher bitten, uns die Fragen möglichst umfassend zu beantworten.

### 1 Stammblatt Bewohner/in

Aufnahme zur:  Kurzzeitpflege  Verhinderungspflege  vollstat. Aufnahme

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Geb.Ort: \_\_\_\_\_

Geb.Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verh.  verw.  gesch.  getr. leb.

Konfession:  ev.-luth.  rk.-kath.  ohne  sonst.

### 2 Bezugspersonen

#### - Betreuer:

Gibt es einen gerichtlich bestellten Betreuer:  nein  ja, und zwar:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax/E-Mail: \_\_\_\_\_

#### - Angehörige: Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Name1: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax/E-Mail: \_\_\_\_\_

**- Angehörige: Verwandtschaftsgrad:** \_\_\_\_\_

**Name2:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Fax/E-Mail:** \_\_\_\_\_

### **3    Pflege**

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Vers.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**evtl. Facharzt:** \_\_\_\_\_

Wenn Sie eingezogen sind und wir dieses der Pflegekasse berichtet haben, wird Sie der medizinische Dienst der Krankenkasse (MDK) besuchen . Wenn Sie bereits Leistungen von Ihrer Pflegeversicherung bekommen, teilen Sie uns bitte das Einstufungsergebnis mit.

Liegt bereits eine Pflegeeinstufung vor?       **nein**       **ja, und zwar seit:** \_\_\_\_\_

**PG 1**     **PG 2**     **PG 3**     **PG4**     **PG 5**

Liegt eine dauerhaft erhebliche Alltagskompetenz in Sinne von § 45a SGB XI vor?

**nein**       **ja**

Ein hohes Alter bringt zumeist auch einige körperliche Einschränkungen mit sich. Um unsere Leistungen Ihren Bedürfnissen anzupassen, benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Gesundheit.

### **4    Hilfebedarf**

In welchen Bereichen der Körperpflege, der Ernährung und Ausscheidung sowie Mobilität haben Sie einen Hilfebedarf ?

---

---

---

---

---

Leiden Sie unter Inkontinenz:      **O nein**      **O ja**

## **5 Weitere Pflegeaspekte**

Informationen zu Allergien, Anfallsleiden ( Epilepsie etc. ), Herzschrittmacher, Atmung

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **6 Heimkostenabrechnung**

Wenn Sie jemanden beauftragen möchten, der/die für Sie die Heimkosten mit unserer Verwaltung abrechnet, so teilen Sie uns dies bitte mit.

An wen sollen die Heimkostenabrechnungen verschickt werden ?

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

Liegt Ihnen eine Befreiung von der Zuzahlung zu Heil- und Hilfemitteln vor ? ( wichtig z. B. für die Apotheke ) ?

**O nein**

**O ja**

## 7 Erklärungen

### - Vertragsapotheker

Gemäß § 12a Apothekengesetz dürfen Heime mit Arzneimitteln oder apothekenpflichtigen Medizinprodukten nur noch auf Grundlage eines Vertrages versorgt werden. Die Vertragsapotheker stellt die Belieferung mit Medikamenten für unsere Bewohner/innen sicher.

Unsere Vertragsapotheker: **Die Apotheke am Krankenhaus  
Kösliner Str. 10b  
38642 Goslar  
Telefon: 05321/388001**

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die Vertragsapotheker meine Medikamentenversorgung übernimmt.

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Mit ist bekannt, dass ich für die Versorgung selbst verantwortlich bin, wenn ich die Versorgung durch eine andere Apotheke wünsche.

## 8 Was wir für unsere Unterlagen benötigen ?

Damit wir die notwendigen Formalitäten möglichst schnell erledigen können, stellen Sie uns bitte folgende Unterlagen zur Verfügung:

- **Krankenversicherungskarte**
- **Ggf. Einstufungsbescheid der Pflegekasse**
- **Rentenbescheide**
- **Ggf. Ausweis der Befreiung von der Zuzahlung von Heil- und Hilfsmitteln**
- **Kopien von Vollmachten bzw. Betreuerausweis**
- **Ummeldebestätigung**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_