

Bei erstmaligem Aufenthalt müssen folgende Unterlagen eingereicht werden: **Vollstationäre Aufnahme**

- Aufnahmebogen**, Seite 1-7 (VII.F 202)
- Biografische Anamnese** (IV.F 126)
- Diagnosen / Infektionserkrankungen, aktuelle Medikation** Bitte 7 Tage vor Aufnahme zusenden
- Nachweis des Pflegegrades durch die Pflegekasse**
- Kopie des Betreuerausweises** oder **einer Vollmacht**, falls vorhanden
- Kopie der Patientenverfügung**, falls vorhanden
- Schwerbehindertenausweis**, falls vorhanden
- Stammbuch**, damit wir Ihre Geburtsurkunde, ggf. Heiratsurkunde, für die Bewohnerakte kopieren können
- Rentenbescheide** bei Sozialhilfeantrag
- Bestattungsvorsorge-Nachweis**, falls vorhanden
- Personalausweis**, im Original zur Anmeldung bei Einzug
- Krankenversichertenkarte**, ggf. **Zuzahlungsbefreiung**, bei Einzug

 Kurzzeit- und/oder Verhinderungspflege Tagespflege

- Antrag auf Kurzzeit- oder Verhinderungspflege** (VII.F 206)
- Aufnahmebogen**, Seite 1-7 (VII.F 202)
- Datenschutzerklärung** (bitte 7 Kreuze setzen) (IV.F 200)
- Biografische Anamnese** (IV.F 126)
- Diagnosen / Infektionserkrankungen, aktuelle Medikation** Bitte 7 Tage vor Aufnahme zusenden
- Nachweis des Pflegegrades durch die Pflegekasse**
- Kopie Personalausweis**: Vorder- und Rückseite
- Kopie des Betreuerausweises** oder **einer Vollmacht**, falls vorhanden
- Kopie der Patientenverfügung**, falls vorhanden
- Kopie Schwerbehindertenausweis**, falls vorhanden
- Bestattungsvorsorge-Nachweis**, falls vorhanden
- Krankenversichertenkarte**, damit Ihr Arzt Sie weiterbehandeln kann, ggf. **Zuzahlungsbefreiung** bei Einzug
→ für Tagespflege: Kopie beilegen



Das Zentrum für Betreuung.

- Haus der Betreuung**
 Untertrogen 2 ● 88171 Weiler im Allgäu
 Tel. (0 83 87) 92 07-0 ● Fax (0 83 87) 92 07-16
- Haus Eintracht**
 Langenried 17 ● 88179 Oberreute
 Tel. (0 83 87) 5 34
- Haus St. Elisabeth**
 Schüttentobel 12 ● 88167 Grünenbach
 Tel. (0 83 83) 92 02-0 ● Fax (0 83 83) 92 02-16
- Haus Sonnenhalde**
 Sonnenhalde 5 ● 88178 Heimenkirch
 Tel. (0 83 81) 92 45-0 ● Fax (0 83 81) 92 45-16

Aufnahmebogen für Frau / Herr

Name/Vorname ⇒ _____ Geburtsdatum ⇒ _____
 Geburtsname ⇒ _____ Geburtsort ⇒ _____
 derzeitige Anschrift ⇒ _____
 Familienstand ⇒ _____ Nationalität ⇒ _____ Konfession ⇒ _____

- **Aufnahmeinformation** Kurzzeitpflege Vollstationär Tagespflege
- **Zimmer:** Einzelzimmer: _____ Doppelzimmer: _____
- **Aufnahmedatum / Zeitraum:** _____

• **Betreuer** amtlich bestellt ⇒ ja von _____ bis _____
 Name ⇒ _____ Akt. Zeichen ⇒ _____
 Anschrift ⇒ _____ Ablauf ⇒ _____
 Kopie vom Ausweis beigelegt Kopie von Beschluss beigelegt
 Telefon/E-Mail ⇒ _____ / _____

<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige/Bezugsperson 	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige/Bezugsperson
Name ⇒ _____	⇒ _____
Anschrift ⇒ _____	⇒ _____
Telefon ⇒ _____	⇒ _____
E-Mail ⇒ _____	⇒ _____
Verwandtschaftsgrad ⇒ _____	⇒ _____

• **Krankenversicherung:** _____ **VS-Nr.:** _____
 Anschrift ⇒ _____ Telefon ⇒ _____
 Rezeptgebührenbefreiung ⇒ ja nein **Telefax** ⇒ _____
 Schwerbehindertenausweis ⇒ ja nein
 Impfpass ⇒ ja nein Kopie beigelegt

- **Zuständigkeit:** Selbstzahler Sozialhilfeträger: _____
- **Rechnungsempfänger** **Postempfänger**

Name ⇒ _____	⇒ _____
Anschrift ⇒ _____	⇒ _____
Telefon ⇒ _____	⇒ _____

• **Verständigung in der Nacht bei Notfall gewünscht:** ja nein: **am nächsten Tag ab** _____ Uhr

Name ⇒ _____	⇒ _____
Anschrift ⇒ _____	⇒ _____
Telefon ⇒ _____	⇒ _____

- **Besteht eine Vorsorgevollmacht** ja: _____ / nein
- **Besteht eine Patientenverfügung** ja nein
- **Besteht eine Bestattungsvorsorge** ja: _____ / nein

Wir sind bestrebt, die medizinische und pflegerische Betreuung unseres neuen Bewohners optimal und seinen Bedürfnissen angepasst in unserer Pflegeeinrichtung zu gewährleisten. Deshalb bitten wir um die genaue Beantwortung der folgenden Fragen

• Bisherige ärztliche Versorgung
Neue ärztliche Versorgung

Name ⇒	_____	⇒	_____
Anschrift ⇒	_____	⇒	_____
Telefon ⇒	_____	⇒	_____

• Leistungen nach SGB XI Pflegeversicherungsgesetz

 Pflegegrad ⇒ ① ② ③ ④ ⑤ Bescheid ⇒ beigelegt

• Informationssammlung vor Aufnahme

 Besonderheiten / Wünsche: _____

• Folgende Hilfsmittel werden derzeit genutzt und benötigt

<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Hörgerät: <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Lagerungsmaterial	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse

• Umfang der Hilfebedürftigkeit

S = selbständig ÜS = überwiegend selbständig ÜU = überwiegend unselbständig U = unselbständig

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass ein Besuch der Tagespflege nur möglich ist, wenn sich der Umfang der Hilfebedürftigkeit im Bereich S + ÜS befindet. Wird unser Fahrdienst benötigt, kann dieser nur genutzt werden solange das Ein- und Aussteigen selbständig bzw. mit leichter Unterstützung erfolgen kann.

× Körperpflege	S	ÜS	ÜU	U	Bemerkung
Oberkörperwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intimbereich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baden und Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnprothesen <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> oben
× Mobilität	S	ÜS	ÜU	U	
Aufstehen / Umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weglaufisiko <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist der/die Bewohner/In bettlägerig⇒	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> dauernd				
Liegen Kontrakturen vor⇒	<input type="checkbox"/> ja, wo: _____ <input type="checkbox"/> nein				
Ist der/die Bewohner/In <input type="checkbox"/> Linkshänder	oder <input type="checkbox"/> Rechtshänder				
× Ernährung	S	ÜS	ÜU	U	
Richten / Schneiden der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Schonkost <input type="checkbox"/> vegetarische Kost <input type="checkbox"/> passierte Kost <input type="checkbox"/> Sondenkost <input type="checkbox"/> Andere Kostform: _____ <input type="checkbox"/> bekannte Allergien: _____ Alkoholische Getränke: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eingedickte Getränke <input type="checkbox"/> kalte Getränke bevorzugt <input type="checkbox"/> warme Getränke bevorzugt					

× AusscheidungToilettengang ⇒ selbständig mit Hilfe unselbständigHarninkontinenz ⇒ nein zeitweise dauernd Blasendauerkatheter UrostomaStuhlinkontinenz ⇒ nein zeitweise dauernd Enterostoma

Inkontinenzversorgung mit: _____

Besonderheiten: _____

× KommunikationHörvermögen ⇒ ungestört Störungen: links rechts mäßig schwer AusfallSprachvermögen ⇒ ungestört Störungen: mäßig schwer AusfallSehvermögen ⇒ ungestört Störungen: links rechts mäßig schwer AusfallOrientierung ⇒ *persönlich:* ja nein zeitweise*situativ:* ja nein zeitweise*zeitlich:* ja nein zeitweise*örtlich:* ja nein zeitweiseGemütsstimmung ⇒ kooperativ nicht kooperativ verbal aggressiv Stimmungsschwankungen körperlich aggressiv**× Schlafgewohnheiten** schläft gut gelegentlich nächtliche Unruhe ständig nächtliche Unruhe besondere Gewohnheiten: _____**• Medizinische Angaben****× Diagnosen** ⇒ bitte vom Hausarzt einholen**× Infektionserkrankungen** ⇒ bitte vom Hausarzt einholen**× Aktuelle Medikation** ⇒ bitte aktuellen Plan beilegen**×****Informationsliste** ⇒ zur Kenntnis genommen und akzeptiert

Diese Anmeldung ist, bis auf schriftlichen Widerruf, verbindlich. Die Anmeldung kann bestätigt werden, sobald die Formalitäten und der ärztliche Fragebogen abgegeben worden sind.

_____, den _____
Unterschrift des Antragstellers

Wir freuen uns über Ihr entgegengebrachtes Vertrauen!
Selbstverständlich sind wir gerne bereit, Ihnen beim Ausfüllen der
Formulare behilflich zu sein!
Auskünfte und Beratung in unserer Verwaltung

Finanzierung

Name der betreffenden Person: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5Liegt eine rechtliche Betreuung vor: Ja Nein

Mir als Berufsbetreuer ist bekannt, dass Einkünfte des Betreuten zur Deckung der Heimkosten, innerhalb der Frist nach Rechnungserstellung, einzubringen sind.

Vollstationäre Pflege

Kann der Eigenanteil selbst getragen werden

 Ja Nein

- ⇒ **Nein**, dann werden wir beim zuständigen Sozialamt eine entsprechende Meldung veranlassen. Dazu müssen folgende Unterlagen eingereicht werden:
- Anlage Sozialhilfeträger (nächste Seite)** : Zusatzangaben zum Antrag auf Hilfebedarf bei Wohnsitz in Bayern bitte ausfüllen
 - Rentenbescheid**
-

Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege

Kann der Eigenanteil selbst getragen werden

 Ja Nein

- ⇒ **Nein**, dann werden wir beim zuständigen Sozialamt eine entsprechende Meldung veranlassen.
- Anlage Sozialhilfeträger (nächste Seite)** : Zusatzangaben zum Antrag auf Hilfebedarf bei Wohnsitz in Bayern bitte ausfüllen
 - Rentenbescheid**
-

Tagespflege

Kann der Eigenanteil selbst getragen werden

 Ja Nein

- ⇒ **Nein**, dann werden wir beim zuständigen Sozialamt eine entsprechende Meldung veranlassen.
-

Wichtiger Hinweis:

Alleinstehende Personen müssen, soweit sie keine Unterhaltspflichten haben, ihr gesamtes Einkommen/Renten i. S. d. Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch zur Deckung der Pflegeheimkosten einsetzen.

Anders ist dies bei Ehegatten und Lebenspartnern. Hier wird aus dem gemeinsamen Einkommen ein Einkommenseinsatz bzw. Kostenbeitrag berechnet.

Datum / Unterschrift (ggf. Bevollmächtigter / Betreuer)

Zusatzangaben zum Antrag auf Hilfebedarf

Kann der Eigenanteil der Heimkosten nicht aus eigenen Mitteln getragen werden, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Ab welchem Zeitpunkt ist Hilfebedarf notwendig:

ab Heimaufnahme

in absehbarer Zeit (z.B. in 3 Monaten) ab _____

Begründung für den Hilfebedarf:

(z.B. geringes Renteneinkommen, Barvermögen weniger als 10.000 € für Einzelpersonen bzw. 20.000 € für Ehepaare, keine Immobilien, Flächen o. ä. vorhanden) *

Auszahlung des monatlichen Barbetrags:

über die Heimverwaltung

auf das private Girokonto des Bewohners

Betreuung /Bevollmächtigte:

Wichtige Hinweise:

Wir bitten Sie dieses Formular rechtzeitig und mit bestem Wissen und Gewissen auszufüllen. Des Weiteren möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Sie eigenständig zusätzlich den Antrag auf Sozialhilfe beim zuständigen Sozialamt stellen müssen. Die Bearbeitungszeit kann je nach Umfang einige Zeit in Anspruch nehmen.

Angaben welche Vermögenswerte zum Einsatz gebracht werden müssen, finden Sie unter:
<https://www.bezirk-schwaben.de/soziales/service-und-beratung/flyer-und-broschueren/>*

Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, bitten wir um rechtzeitige Mitteilung!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Einzugsermächtigung und Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren

Zahlungsempfänger: *Fink. Das Zentrum für Betreuung*

Bewohner/Gast: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige widerruflich die von uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

SEPA Lastschriftmandat:

Ich ermächtige „*Fink. Das Zentrum für Betreuung*“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von „Fink. Das Zentrum für Betreuung“ gezogenen Lastschriften einzulösen. Wir können 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich „*Fink. Das Zentrum für Betreuung*“ über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Ort und Datum

Unterschrift

Um Ihnen die Vorbereitung für Ihren Aufenthalt in unserer Einrichtung zu erleichtern, haben wir eine Liste als Hilfestellung zusammengestellt:

Wäsche:

- Unterwäsche in ausreichender Menge (Individuell angepasst)
- Pflegeleichte, bequeme und der Jahreszeit angepasste Oberbekleidung
- Achten Sie bitte darauf, dass die Bekleidung gewaschen zum Zeichnen in die Einrichtung gebracht wird
- Ihre Schmutzwäsche (zutreffend bei Kurzzeit- / Verhinderungspflege) wird in Ihrem Zimmer in einem geeigneten Behälter gesammelt und kann von Ihrem Angehörigen jederzeit zum Waschen mit nach Hause genommen werden, eine Reinigung der Wäsche ist keine Leistung in der Kurzzeit- / Verhinderungspflege.
- Sollten Sie vollstationär bei uns einziehen, muss die gesamte Kleidung gezeichnet werden. Für nicht gezeichnete Kleidung wird keine Haftung übernommen.

Schuhe:

Rutschfeste, bequeme Schuhe und Hausschuhe, der Jahreszeit angepasst

Bettwäsche / Handtücher:

Diese Wäsche wird durch die Einrichtung zur Verfügung gestellt.

Körperpflegemittel:

Körperpflegemittel sollten immer durch die Angehörigen besorgt werden. Nur im Ausnahmefall wird der Einkauf von der Einrichtung gegen Aufpreis übernommen.

Seife, Körpercreme, Rasierwasser und Rasierer, Prothesenreinigung, Prothesen- / Zahnbecher, Zahnbürste, Zahncreme, Mundwasser, Kamm/Bürste/Haarklammern, Haarshampoo, Deodorant, evtl. Kosmetika

Bitte zeichnen Sie jeden Gebrauchsgegenstand mit Ihrem Namen, damit unnötige Verwechslungen vermieden werden.

Denken Sie auch an:

Handtasche, Nachttischuhr, Adressbuch und wichtige Telefonnummern der Angehörigen und Bekannten und andere persönliche Gegenstände.

Medikamente:

Bringen Sie alle **Medikamente** mit, die Ihnen ihr Hausarzt angeordnet hat und die Sie bisher eingenommen haben.

Denken Sie auch an andere Hilfsmittel wie z. B. *Gehhilfen, Rollstuhl, orthopädische Schuhe/Einlagen, Brille, Hörgerät und Batterien, Kompressionsstrümpfe,*

Inkontinenzartikel:

Notwendige Einlagen müssen in der Kurzzeit- / Verhinderungspflege durch die Angehörigen bzw. über Rezept besorgt werden, bei vollstationärer Aufnahme übernimmt die Bestellung die Einrichtung, Sie müssen sich dann nicht mehr darum kümmern.

Persönliches Umfeld:

Wir wünschen uns, dass sich jeder Bewohner in unserer Einrichtung wohl fühlt – dazu gehören natürlich einige persönliche Dinge. Sie können Ihr Zimmer bzw. Zimmerbereich nach Ihren Wünschen mit eigenen Möbeln gestalten. Ebenso wie Bilder, Fernseh- oder Radiogeräte und Blumen. Schaffen Sie sich Ihr eigenes Zuhause.

Bitte haben Sie dafür Verständnis, **dass wir für persönliche Gegenstände keine Haftung übernehmen können. Dies gilt insbesondere für Wertgegenstände, Schmuck und Bargeld.**

Möchten Sie trotzdem Bargeld bei sich haben, so kann dies in der Verwaltung in einem Tresor sicher aufbewahrt werden.