



Magdalenen-Heim

Aldekerk

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

47647 Kerken – Aldekerk
Rahmer Kirchweg 1

Telefon (0 28 33) 5716-0
Telefax (0 28 33) 5716-25
Mail:
w.pampus@magdalenenheim.de

Bankverbindung:
Darlehnskasse Münster eG
Konto: 2 208 200 (BLZ: 400 602 65)

1. Zuname :		2. Geburtsname:	
3. Vorname(n) (Rufnamen unterstreichen):			
4. Geburtsdatum:		5. Geburtsort:	
6. Anschrift:	PLZ, Wohnort: _____ Straße, Haus-Nr.: _____		
8. Familienstand:	9. Konfession:	10. Staatsangehörigkeit:	
11. Letzte Eheschließung am: _____ in: _____			
12. Krankenkasse:		13. Mitglieds-Nr.:	
14. Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon):			
15. Angehörige / Vormund oder Pfleger (falls keine Angehörigen, sonstige Vertrauensperson):			
a) _____ Verwandtschaftsgrad		_____ Vor- und Zuname	
_____ PLZ, Wohnort		_____ Straße, Haus-Nr., Telefon-Nr.	
b) _____ Verwandtschaftsgrad		_____ Vor- und Zuname	
_____ PLZ, Wohnort		_____ Straße, Haus-Nr., Telefon-Nr.	
16. Besteht bereits eine Pflegestufe? (zutreffendes bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="radio"/> Pflegegrad 1	<input type="radio"/> Pflegegrad 4	
	<input type="radio"/> Pflegegrad 2	<input type="radio"/> Pflegegrad 5	
	<input type="radio"/> Pflegegrad 3		
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="radio"/> Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung ist gestellt		
	<input type="radio"/> Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ist erfolgt		

17. Einkommen / Renten der Bewohnerin/des Bewohners (Rentenbescheide bitte in Kopie beilegen):

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EURO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

18. Kostenträger (zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Heimkosten werden aufgebracht durch

- Das oben angeführte monatliche Einkommen
- Zuzahlung aus Vermögen (Bankguthaben)
- Zahlungen von _____ (1)
- Das zuständige Sozialamt in _____ (2)

(1) Kostenverpflichtungserklärung liegt bei.
(2) Kostenzusage liegt vor/ist beantragt.

19. Liegt eine Befreiung von Rezeptgebühren vor?

- Ja nein

20. Liegt eine Befreiung von den Rundfunk- und Fernsehgebühren vor?

- Ja nein

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden

Bearbeitungsvermerke für das Pflegeheim:

Aufnahme am: _____

Station _____

Zimmer-Nr. _____

Mitteilung an Station erfolgte am _____



Magdalenen-Heim

Aldekerk

47647 Kerken-Aldekerk

Rahmer Kirchweg 1

Telefon (0 28 33) 5716-0

Telefax (0 28 33) 5716-25

eMail: info@magdalenenheim.de

Internet: www.magdalenenheim.de

INFORMATIONEN ZUR HEIMAUFNAHME

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir bedanken uns für ihr Interesse an einem Heimplatz im Magdalenen-Seniorenheim. Leider macht die Bürokratie auch vor unserer Einrichtung nicht halt. So sind vor der Heimaufnahme einige Dinge zu erledigen, bei denen wir Ihnen gerne behilflich sind.

1. Es ist bei der Pflegekasse ein Antrag auf vollstationäre Pflegeleistung zu stellen. Erhalten Sie bereits Leistungen im ambulanten Bereich, so genügt es, die Pflegekasse über die bevorstehende Heimaufnahme zu unterrichten.
2. Über die Pflegekasse ist beim zuständigen Medizinischen Dienst eine Bestätigung einzuholen, daß die Notwendigkeit der stationären Pflege gegeben ist.
3. Ist abzusehen, daß die Renteneinkünfte, Zuzahlungen aus vorhandenem Vermögen und die Pflegeleistungen nicht ausreichen, um die voraussichtlich anfallenden Kosten der Heimunterbringung zu decken, setzen Sie sich bitte mit dem zuständigen Sozialamt in Verbindung. Bei einem Antrag auf Pflegewohngeld sind wir Ihnen gerne behilflich.
4. Sollte es erforderlich sein, besteht die Möglichkeit bei dem zuständigen Amtsgericht eine Betreuung für die Aufenthaltsbestimmung, die Gesundheitsfürsorge und die Vermögenssorge zu beantragen.
5. Sämtliche ins Heim eingebrachte Wäsche muß mit dem Namen des Bewohners gekennzeichnet werden. Die Kennzeichnung wird hier im Haus vorgenommen. Fragen Sie diesbezüglich in der Verwaltung nach.
6. Kommt es zu einer Aufnahme, bitten wir folgendes zu beachten.

a.) Bis zum Zeitpunkt der Heimaufnahme benötigen wir folgende Unterlagen:

1. Anmeldung zur Heimaufnahme
2. Arztbogen und TB-Bescheinigung (sollten nicht älter als 4 Wochen sein)
lt. Infektionsschutzgesetz § 36 - unbedingt erforderlich!
3. Bescheid über die bestehende Pflegestufe (falls vorhanden)
4. Aktuelle Rentenmitteilungen

b.) Zur Heimaufnahme bringen Sie bitte mit:

1. Personalausweis
2. bei Zuzug aus einer anderen Gemeinde, die Anmeldebestätigung der Gemeinde Kerken
3. Krankenversicherungskarte (**bitte Anschriftenänderung durch die Krankenkasse vornehmen lassen**)
4. Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden)
5. Bescheinigung über Praxis-, Rezeptgebührenbefreiung (falls vorhanden)
6. Bescheinigung über Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung (falls vorhanden)
7. Anmeldebescheinigung GEZ für Rundfunk- und Fernsehgebühren (falls vorhanden) - wenn gewünscht erledigen wir die Ummeldung.
8. Medikamente für die ersten Tage
9. Geldbörse und etwas Bargeld für den persönlichen Bedarf

7. Sollten Sie einen privaten Telefonanschluß wünschen, so ist dieser von Ihnen bei der Telekom zu beantragen. Wir möchten Sie jedoch bitten, uns über diese Beantragung in Kenntnis zu setzen.

8. Beziehen Sie eine lokale Zeitung, so ist auch dies der Einrichtung mitzuteilen, da die Anlieferung zentral erfolgt und die Verteilung an die Bewohner von unserem Personal durchgeführt wird.

Für Gespräche und Informationen über das Magdalenen-Heim, Details zur Aufnahme und zur Klärung der Aufenthaltsfinanzierung, stehen wir Ihnen gerne zu Verfügung.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Verwaltung.

Mit freundlichen Grüßen

Magdalenen-Heim Aldekerk



Magdalenen-Heim Aldekerk

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname _____	
2. Geburtsdatum _____	
Funktionelle Einbußen im körperlichen Bereich	
3. Ist Patient gehfähig ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Treppensteigen möglich ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Ist Patient bettlägerig ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Beherrschung des Stuhlabgangs ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Beherrschung des Urinabgangs ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Fremder Hilfe bedürftig ?	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren <input type="checkbox"/> beim Aufstehen <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> beim Toilettengang <input type="checkbox"/> bei
Funktionelle Einbußen im geistig-seelischen Bereich:	
9. Örtlich orientiert ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
10. Zeitlich orientiert ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
12. Nachts ruhig ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
13. Gefährliche Eigenschaften ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche ?
14. Suchtkrankheit ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche ?
15. Körperliche Behinderung(en) - Art –:	
16. Geistig-seelische Behinderung oder Störung - Art –:	
17. Diagnose:	
18. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (TBC usw.) gem. § 36 Infektionsschutzgesetz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welche ?
19. Ist eine Diät notwendig ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche ?
20. Ist eine Änderung des Zustandes zu erwarten ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21. Bisherige Medikation:	
22. Vorschlag für sonstige Maßnahmen/Hilfsmittel	

Datum:

Unterschrift

Stempel des Arztes:
