



Pflegeheime Hoss
Pflegeheim im Schlossberg-Center
Residenz Gerhard Rehm Haus

Mühlrainstr. 13

72336 Balingen-Engstlatt

Tel. 0 74 33 / 99 82 90 - Fax 0 74 33 / 99 82 91 00

www.pflegeheime-hoss.de / E-mail: kontakt@pflegeheime-hoss.de

Anmeldung

Pflegeheim im Schlossberg-Center

Residenz Gerhard Rehm Haus

vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Name auch Geburtsname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort (letzter Wohnort)
Wird der jetzige Wohnort beibehalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, bitte Abmeldebestätigung beifügen.	
Familienstand	Konfession
Krankenkasse/Pflegekasse	Pflegestufe, wann erfolgte Einstufung
Erhalten Sie Beihilfe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Waren Sie dieses Jahr schon in Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie viele Tage? _____ Tage	

Angehörige:

Verwandschaftsgrad	Verwandschaftsgrad	Verwandschaftsgrad
Name, Vorname	Name, Vorname	Name, Vorname
Strasse, Hausnummer	Strasse, Hausnummer	Strasse, Hausnummer
PLZ, Ort	PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefonnummer	Telefonnummer	Telefonnummer

Amtlicher Vormund oder Betreuer: (bitte Kopie der Betreuungsurkunde/Generalvollmacht beifügen)

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Wird das Heimentgelt (Preisliste) aufgebracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn nein, wurde Sozialhilfe beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, bitte Bescheid des Sozialamtes beifügen.	



Pflegeheime Hoss
Pflegeheim im Schlossberg-Center
Residenz Gerhard Rehm Haus

Bleibt die Rechnung beim Bewohner, oder soll sie Bewohner versendet werden?

Wenn versendet, an wen? Name, Vorname _____
Wenn nein, bitte unbedingt Einzugsermächtigung erteilen.

Ich erkläre gegenüber der Pflegeheime Hoss, dass bei einem Heimeinzug die Kosten gedeckt sind.

Wir unterhalten für Langzeitpflege ein Bewohnergeldkonto (ausführliche Beschreibung in der Informationsschrift)
Teilnahme Nichtteilnahme dafür Kostenübernahme

Hausarzt: _____ Vertretung des Hausarztes(wenn keine Hausbesuche) _____

Name

Name

Liegt Ihnen für das aktuelle Quartal eine Quittung der Arztpraxisgebühr schon vor? ja nein
Wenn ja, bitte diese beifügen
Sind Sie von Zuzahlung befreit ja nein
Liegt eine Harn/Stuhlinkontinenz vor? ja nein
Wenn ja, bitte bei Aufnahme eine Verordnung über Inkontinenzartikel des Arztes mitbringen
Wir haben Einzel- und Doppelzimmer. Einzelzimmer Doppelzimmer
Möchten Sie einen Telefonanschluss (es kann ein eigener Apparat mitgebracht werden) ja nein
Möchten Sie einen Zimmerschlüssel? ja nein
Soll die Wäsche gewaschen werden? ja nein

Wer beauftragt die Fußpflege? Haus Privat
Wer beauftragt die Krankengymnastik? Haus Privat
Wer beauftragt Friseur? Haus Privat
Wenn diese Fragen mit Haus beantwortet werden, dann werden wir die entsprechenden Geschäftspartner beauftragen, und die Kosten vom Bewohnergeldkonto überweisen. Sollten Sie dieses privat organisieren oder sollte das Konto nicht gedeckt sein, können wir die Rechnung nicht annehmen und auch nicht anweisen.

Wünschen Sie den Besuch eines Pfarrers oder Seelsorgers? ja nein
Wenn ja, wer beauftragt entsprechenden? Haus Privat
Wer beauftragt im Fall des Ablebens das Bestattungsinstitut? Haus Privat
Wenn Haus, welches Institut? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____



**Pflegeheime Hoss
Pflegeheim im Schlossberg-Center
Residenz Gerhard Rehm Haus**

Legen Sie dieser Anmeldung bitte Kopien von folgend aufgezählten Unterlagen bei:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Personalausweis | <input type="checkbox"/> Krankenkassenkarte + ggf. Befreiungskarte |
| <input type="checkbox"/> aktueller Rentenbescheid | <input type="checkbox"/> Familienstammbuch + ggf. Sterbeurkunde Ehepartner |
| <input type="checkbox"/> Impfausweis | <input type="checkbox"/> ärztliches Zeugnis |
| <input type="checkbox"/> Kostenübernahme-Erklärung | |

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich.
Die gemachten Angaben entsprechen den Tatsachen.

_____, den _____

Unterschrift des Antragstellers: _____

Wenn nicht Personengleichheit, auch
Unterschrift des Aufzunehmenden: _____

**Eine Heimaufnahme ohne vorliegen des ärztlichen Zeugnisses ist nicht möglich.
Eine Heimaufnahme ist ohne unterschriebene Kostenübernahme-Erklärung
ausgeschlossen.**