

Anmeldebogen zum Einzug

Gewünschter Termin

Bei vollstationärer Pflege Aufnahmetermin: _____ - _____ - _____

Bei Kurzzeitpflege Termin von _____ - _____ - _____ bis _____ - _____ - _____

1. Name, Geburtsname: _____

2. Vorname: _____

3. geboren: _____
(am) (in)

4. Hauptwohnsitz: _____
(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

(Telefon)

5. Pflegegrad: 1 2 3 4 5

kein Pflegegrad/ Antrag gestellt am _____

6. Gewünschte Unterbringung: Doppelzimmer Einzelzimmer

7. Kabelanschluss für Fernseher gewünscht? Ja Nein

8. Telefonanschluss gewünscht? Ja Nein

9. Befinden Sie sich zurzeit in einem Krankenhaus? Wenn ja: in welchem?

(Name des Krankenhauses)

(Anschrift des Krankenhauses)

10. Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit / Nationalität: _____

Anmeldebogen zum Einzug

11. Kontakte

a) Hauptbezugsperson

_____	_____
(wie verwandt?)	(Vor- und Zuname)
<input type="checkbox"/> Benachrichtigung nachts gewünscht	_____
	(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

	(Telefon privat) _____ (Telefon dienstlich)

	(E-Mail)

b) Angehörige/r bzw. Freund/in bzw. Bekannte/r

_____	_____
(wie verwandt?)	(Vor- und Zuname)
<input type="checkbox"/> Benachrichtigung nachts gewünscht	_____
	(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

	(Telefon privat) _____ (Telefon dienstlich)

	(E-Mail)

c) Angehörige/r bzw. Freund/in bzw. Bekannte/r

_____	_____
(wie verwandt?)	(Vor- und Zuname)
<input type="checkbox"/> Benachrichtigung nachts gewünscht	_____
	(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

	(Telefon privat) _____ (Telefon dienstlich)

	(E-Mail)

d) Betreuer/ Bevollmächtigter

_____	_____
(Bestellungsurkunde bzw. Vollmacht bitte in Kopie beilegen)	(Vor- und Zuname)

	(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

	(Telefon privat) _____ (Telefon dienstlich)

Wirkungskreis:

e) Hausarzt:

(Name)

(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

(Telefon) _____ (Fax, wenn bekannt)

Anmeldebogen zum Einzug

12. Haben Sie eine Patientenverfügung: Ja Nein
(bitte in Kopie beifügen)

13. Rezeptgebührenbefreiung: Ja Nein
(bitte in Kopie beifügen)

14. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen (Gründe für den Aufnahmeantrag/ vorliegende Beeinträchtigungen/ pflegerelevante Probleme):

15. Pflegekasse: _____ in: _____

16. Die Heimkosten sind gedeckt durch:

a) Eigenmittel: monatliches Einkommen: Vermögen:
(Kopie Rentenbescheid(e) (Kopie Vermögensnachweis
bitte anfügen!) bitte anfügen!)

_____ Euro _____ Euro

b) das zuständige Sozialamt: _____

Antrag gestellt am: _____ (Kopie Eingangsbestätigung bitte anfügen!)

Wenn das Sozialamt Leistungen übernimmt bitte bei Ihrer Rentenversicherung die direkte Überweisung Ihrer Rente auf das Konto des Seniorenzentrums veranlassen. Wenn Sie hierbei Hilfe benötigen sprechen Sie uns an! Geben Sie bitte das ausgefüllte Formular **vor** Einzug im Seniorenzentrum ab!

17. Rechnungsempfänger

(wenn nicht BewohnerIn selbst)

(Vor- und Zuname)

(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

(Telefon privat)

(Telefon dienstlich)

18. Die folgenden Fragen müssen Sie nur beantworten, wenn Sie aktuell in einer anderen Pflegeeinrichtung leben:

a) Wie heißt die Einrichtung? Bitte teilen Sie uns auch die Adressen mit:

(Name des Heimes)

(Anschrift des Heimes)

b) Welcher Betrag wurde ggf. für den begonnenen Monat. bereits von der Pflegekasse übernommen?

_____ € für Kurzzeitpflege vollstationäre Pflege

Anmeldebogen zum Einzug

19. Die folgenden Fragen müssen Sie nur beantworten, wenn Sie sich zur Kurzzeitpflege anmelden möchten:

a) Haben Sie in diesem Kalenderjahr bereits Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?

Ja

nein

b) Wenn ja: in welcher Höhe hat die Pflegekasse bereits Kosten übernommen? _____ €

20. Wir bitten Sie um das Erteilen eines SEPA Lastschriftmandats zum Einzug des von Ihnen zu zahlenden Eigenanteils der Heimkosten. Hierzu füllen Sie bitte das Formular „Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats“ im Anhang aus und geben es noch vor Einzug bzw. spätestens am Einzugstag wieder im Seniorenzentrum ab. Vielen Dank!

21. Wer stellt diesen Antrag
für den Aufzunehmenden?: _____

in welcher Eigenschaft?: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers: _____

Wenn nicht Personengleichheit,
auch Unterschrift des Aufzunehmenden: _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:

ASB Seniorenzentrum Hagenbach GmbH, Bahnhofstraße 2, 55116 Mainz

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32ZZZ00000496906

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige die ASB Seniorenzentrum Hagenbach GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ASB Seniorenzentrum Hagenbach GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber/in: _____

Anschrift: _____

IBAN (22 Stellen): _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____

Name und Sitz des Kreditinstituts:

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in
Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers