

## AUFNAHME- /INTERESSENTENBOGEN

| Name und Anschrift |                    |   |
|--------------------|--------------------|---|
| _____              | _____              | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W<br>Geschlecht |
| Vor- und Nachname  | Straße             |   |
| _____              | _____              |   |
| Geburtsname        | Wohnort            |   |
| _____              | _____              | _____   |
| Geburtsdatum       | Telefon (Festnetz) | Telefon (Mobil)   |

| Weitere Angaben      |  |
|----------------------|--|
| Familienstand:       | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden |
| Konfession:          | <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> andere Religion: _____                   |
| Staatsangehörigkeit: | _____  |

| Derzeitiger Aufenthalt                             |                 |               |
|--|-----------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Zu Hause                  |                 |               |
| <input type="checkbox"/> In folgendem Krankenhaus: | _____           |               |
| _____  | _____           |               |
| Station  | Ansprechpartner | Telefonnummer |

| Betreuungszeit                               |                      |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege      | ab: _____ bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege | ab: _____ bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Langzeitpflege      | ab: _____ bis: _____ |
| _____  |                      |
| Zimmer/Wohnbereich                           |                      |

### Bezugsperson

|                                      |   |   |                                |
|--------------------------------------|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angehöriger | <input type="checkbox"/> Gesetzl. Vertreter | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter | <input type="checkbox"/> _____ |
| _____                                | _____                                       | _____                                     | _____                          |
| Vor- und Nachname                    | Straße                                      | Wohnort                                   |                                |
| _____                                | _____                                       | _____                                     | _____                          |
| Telefon (Festnetz)                   | Telefon (Mobil)                             | E-Mail                                    |                                |
| _____                                | _____                                       | _____                                     | _____                          |
| Wie verwandt? _____                  |   |   |                                |

### Weitere Bezugsperson

|                                      |   |   |                                |
|--------------------------------------|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angehöriger | <input type="checkbox"/> Gesetzl. Vertreter | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter | <input type="checkbox"/> _____ |
| _____                                | _____                                       | _____                                     | _____                          |
| Vor- und Nachname                    | Straße                                      | Wohnort                                   |                                |
| _____                                | _____                                       | _____                                     | _____                          |
| Telefon (Festnetz)                   | Telefon (Mobil)                             | E-Mail                                    |                                |
| _____                                | _____                                       | _____                                     | _____                          |
| Wie verwandt? _____                  |   |   |                                |

### Rechnungsempfänger

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bezugsperson _____ | <input type="checkbox"/> Bewohner selbst             |                               |
| Debitorennummer: _____                      |  |                               |
| Lastschriftmandat gewünscht?                | <input type="checkbox"/> Ja                          | <input type="checkbox"/> Nein |
| Betreuung / Vollmacht vorhanden?            | <input type="checkbox"/> Ja (bitte Kopie mitbringen) | <input type="checkbox"/> Nein |
| Liegt eine Patientenverfügung vor?          | <input type="checkbox"/> Ja (bitte Kopie mitbringen) | <input type="checkbox"/> Nein |

### Angaben zum Pflegegrad, Pflegekasse und Kostenträger

**Pflegegrad:** Kein 1 2 3 4 5 (Pflegekassenbescheid beifügen)

Pflegeeinstufung seit: \_\_\_\_\_

Beantragt am: \_\_\_\_\_ Höherstufung beantragt am: \_\_\_\_\_

**Pflegekasse:** Gesetzlich versichert Privat versichert

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegekasse

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

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

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Status

### Kostenträger

Selbstzahler

Fachamt für Soziales: \_\_\_\_\_  
Zuständiges Amt

### Rentenüberleitung gewünscht?

Ja (Kopie Rentenbescheid)

Nein

\_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsanstalt

### Inkontinenz

Inkontinenzbescheinigung erforderlich?

Ja

Nein

Beihilfeberechtigt?

Ja \_\_\_\_\_ % (Kopie)

Nein

Zuzahlungsbefreiung?

Ja (Kopie)

Nein

Schwerbehindertenausweis?

Ja (Kopie)

Nein

### Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

### Zusatzangebote (Preise siehe Heimvertrag, Anlage Nr. 6)

- |                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| Fernsehen           | <input type="checkbox"/> Ja                               | <input type="checkbox"/> nein                    |
| Telefon             | <input type="checkbox"/> Ja                               | <input type="checkbox"/> nein                    |
| Barbetragskonto     | <input type="checkbox"/> Ja                               | <input type="checkbox"/> nein                    |
| Wäsche kennzeichnen | <input type="checkbox"/> Ja                               | <input type="checkbox"/> nein                    |
| Med. Fußpflege      | <input type="checkbox"/> über das Angebot der Einrichtung | <input type="checkbox"/> wird selbst organisiert |
| Friseur             | <input type="checkbox"/> über das Angebot der Einrichtung | <input type="checkbox"/> wird selbst organisiert |

### Besonderheiten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten stellen wir Ihnen in unserer Transparenzerklärung ([www.cnvv.de/transparenzerklaerung](http://www.cnvv.de/transparenzerklaerung)) bereit.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

## CHECKLISTE FÜR DEN EINZUG

Ein Umzug ist immer auch mit organisatorischem Aufwand verbunden. Um Ihnen möglichst Arbeit und Zeit zu ersparen, haben wir alle wichtigen Dokumente aufgelistet, die Sie für den Einzug in unser Haus benötigen.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Krankenversichertenkarte / Gesundheitskarte                     |
| <input type="checkbox"/> | Personalausweis   |
| <input type="checkbox"/> | Vorsorgevollmacht, Betreuerausweis                              |
| <input type="checkbox"/> | Patientenverfügung  |
| <input type="checkbox"/> | Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse                            |
| <input type="checkbox"/> | Einstufungsbescheid der Pflegekasse (Pflegegradbescheid)        |
| <input type="checkbox"/> | Rentenbescheid (wenn Rentenüberleitung gewünscht ist)           |
| <input type="checkbox"/> | Bescheid des Amtes für soziale Angelegenheiten (wenn vorhanden) |
| <input type="checkbox"/> | Einverständniserklärung Barbetragkonto                          |
| <input type="checkbox"/> | Ärztliche Bescheinigung   |
| <input type="checkbox"/> | Information Ummeldung   |
| <input type="checkbox"/> | Einverständniserklärung „Impfaktion saisonale Grippe“           |
| <input type="checkbox"/> | Medikamentenplan  |
| <input type="checkbox"/> | Bestattungsvorbereitung   |

Wir empfehlen Zahnprothesen und Sehhilfen kennzeichnen zu lassen, um einen Verlust gegebenenfalls zuordnen zu können.

## UMZUG - AN WAS MUSS ICH DENKEN?

An einem Umzug hängen sehr viele kleinere und größere Aufgaben. Aus unserer Erfahrung haben wir die wichtigsten Punkte für Sie aufgelistet. Betrachten Sie diese Liste als Unterstützung für Ihre Vorbereitungen.

### WOHNUNG & CO.

- » Ggf. rechtzeitig ein Umzugsunternehmen beauftragen
- » Mietvertrag für Wohnung/Haus kündigen
- » Wohnungsauflösung organisieren
- » Reparaturen für die bisherige Wohnung organisieren
- » Wohnungsübergabetermin mit Vermieter vereinbaren
- » Der Umzug (Umzugskosten) ins Pflegeheim sowie eventuelle Renovierungsarbeiten für eine Wohnung im Betreuten Wohnen können unter Umständen als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen von der Pflegekasse bezuschusst werden. Bitte rechtzeitig Antrag bei der Pflegekasse stellen

### KASSEN & ÄRZTE

- » Pflegegrad beantragen, falls noch nicht erledigt. Bei Ablehnung oder falscher Einstufung, Widerspruch einlegen
- » Pflegekasse/Krankenkasse über den Umzug informieren (Antrag auf Übernahme der Kosten für vollstationäre Unterbringung ausfüllen und der Pflegekasse zusenden)
- » Behandelnde Ärzte und Therapeuten von Umzug benachrichtigen
- » Mit Hausarzt klären, ob er die Betreuung in der Pflegeeinrichtung weiterhin übernimmt oder ob über die Einrichtung ein Arzt organisiert wird
- » Rentenversicherung über den Umzug benachrichtigen

### WEITERE KÜNDIGUNGEN

- » Ambulanten Pflegedienst kündigen
- » Hausnotrufsystem (falls vorhanden) kündigen
- » Banken von Wohnungswechsel benachrichtigen / evtl. Daueraufträge kündigen
- » Energielieferant (Gas, Wasser, Strom) kündigen
- » Telefon- und Internetanschluss kündigen
- » Kabelanschluss kündigen
- » GEZ kündigen (Bewohner von stationären Einrichtungen sind von der GEZ-Gebühr befreit), ein entsprechendes Formular händigen wir Ihnen gerne aus.
- » Vereine kündigen oder Mitteilung über die neue Adresse
- » Zeitungsverlage (Zeitschriften-Abos) kündigen oder auf neue Adresse umschreiben lassen

### ADRESSÄNDERUNGEN / VERTRAGSKÜNDIGUNG

Mitteilung Ihrer neuen Adresse an:

- » Freunde, Verwandte, Bekannte
- » Gemeindeverwaltung
- » Nachsendeantrag für die Post ausstellen
- » Finanzamt
- » Rückgabe von Hilfsmitteln, die nicht in die Einrichtung (zum Beispiel WC-Sitz, Pflegebett, usw.) mitgenommen werden

### VERSICHERUNGEN

Prüfen Sie, welche Versicherungen Sie im Pflegeheim noch unbedingt benötigen und welche Sie kündigen

können. Klären Sie mit der Einrichtung ab, welcher Versicherungsschutz angeboten wird.

- » Sterbegeldversicherung (wenn vorhanden, macht es Sinn diese auch weiterhin zu behalten)
- » Hausratversicherung
- » Private Haftpflichtversicherung übernehmen wir für Sie
- » Private Krankenversicherung
- » Private Pflegeversicherung

#### BITTE MIT UNS ABSPRECHEN

- » Kennzeichnung der Wäsche
- » Haustiere: Bitte sprechen Sie uns im Vorfeld an
- » Mit der Einrichtungsleitung abklären, welche Möbel und Einrichtungsgegenstände Sie mitbringen wollen

## KURZ & KNAPP

Für Ihren Einzug in unser Haus haben wir ein paar wesentliche Informationen übersichtlich für Sie aufbereitet.

### Wir zahlen Ihre private Haftpflichtversicherung:

Wir haben für alle Bewohner eine private Haftpflicht Versicherung abgeschlossen. Die Deckungssumme beläuft sich auf 6.000.000 € pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden. Schäden durch deliktunfähige Personen (gemeint sind Bewohner mit Demenz) sind mit 50.000 € je Schadensfall, maximal 150.000 € pro Versicherungsjahr, versichert.

### Wir empfehlen Ihnen eine Hausratversicherung:

Eine Hausrat Versicherung ist für jeden Bewohner wichtig, da alle privaten Wertgegenstände (z.B. Schmuck) und auch Bargeld sowie der Inhalt im Schrank Schließfach nicht versichert sind. Diese Versicherung ist für alle Bewohner dringend zu empfehlen.

### Ummeldung Ihres Wohnsitzes:

Denken Sie daran, innerhalb von zwei Wochen Ihren Wohnsitz umzumelden.

### Befreiung von den GEZ-Gebühren für Bewohner vollstationärer Einrichtungen:

Wer vollstationär in einem Pflegeheim untergebracht ist und gepflegt wird, muss keine GEZ-Gebühren bezahlen. Es muss lediglich eine Abmeldung erfolgen. Um die Abmeldung kümmert sich unsere Einrichtung.