

Aufnahmeantrag

Kreissenorenheime – vollstationär/ Kurzzeitpflege

Antrag

für Frau/Herrn _____

Vollstationäre Pflege ab _____

Kurzzeitpflege ab _____

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Kreissenorenheim St. Antonius, Mengkofen

Kreissenorenheim St. Josef, Reisbach

Eine Bearbeitung und die Vergabe eines Pflegeplatzes ist nur möglich, wenn dieser Antrag vollständig ausgefüllt ist.

Bewohner/in

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsname

Geburtsort/Geburtsland

Vorname

Familienstand

Straße, Hausnummer

Konfession (Angabe freiwillig)

Postleitzahl, Wohnort

Staatsangehörigkeit

Ggf. Name Ehe-/ Lebenspartner

Pflegegrad? 1 2 3 4 5 keiner

Seit wann besteht der Pflegegrad: _____

Der Pflegegrad wurde bereits beantragt ja nein
Vorherige vollstationäre Pflege ja nein
Einrichtung: _____
Zeitraum: _____

Bevollmächtigte/r für den Heimvertrag und den Heimaufenthalt

Hiermit wird folgender Person unwiderruflich und über den Tod hinaus die Vollmacht erteilt, während der Vertragsdauer alle Rechtsgeschäfte, die den Heimvertrag und den Heimaufenthalt betreffen, abzuwickeln. Dies gilt insbesondere für den Vertragsabschluss, die Heimkostenabrechnung und die Abwicklung des Vertrags bei Vertragsende.

Das Heim ist insbesondere berechtigt, die zurückgelassenen Gegenstände des Bewohners ohne besondere erbrechtliche Legitimation an diese Person auszuhändigen und mit dieser Person die Endabrechnung aus dem Vertrag vorzunehmen.

Sind mehrere Personen benannt, ist jede von ihnen dem Heim gegenüber zur Entgegennahme der Gegenstände und Vornahme der Endabrechnung berechtigt.

Nachname / Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon privat / tagsüber erreichbar unter

E-Mail (in Druckbuchstaben)

Verwandtschaftsgrad (soweit vorhanden)

Alle Maßnahmen und Willenserklärungen, die den Heimvertrag und den Heimaufenthalt betreffen, dürfen per E-Mail vollzogen werden, wenn nicht gesetzlich zwingende Vorschriften dem entgegenstehen.

Wichtige Informationen, die im direkten Zusammenhang mit der Erfüllung des Heimvertrages, dem Heimaufenthalt und der Pflege und Betreuung des Bewohners stehen, werden per E-Mail versandt.

Der/die Bevollmächtigte verpflichtet sich hiermit gegenüber dem Träger des Pflegeheims, diese Vollmacht auch wahrzunehmen.

Diese Vollmacht ist nur wirksam, wenn keine vom Gericht angeordnete Betreuung (mehr) besteht.

Zur Sicherstellung der Versorgung des Bewohners stimmt der/die Bevollmächtigte hiermit zu, dass seine/ihre hier genannte Adresse an Dritte (z.B. Ärzte, Therapeuten, Apotheken, Dienstleister) übermittelt werden darf.



.....
(Unterschrift des/der Bevollmächtigten)

Vorsorgevollmacht

- ja liegt in Kopie bei
 nein

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

Betreuung Betreuung wurde beantragt

Betreuerausweis liegt in Kopie bei

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

Vertrauenspersonen (Name, Anschrift, Telefonnummer/ Bezugsverhältnis, z.B. Sohn, Tochter

Patientenverfügung vorhanden

- ja liegt in Kopie bei
 nein

Ärztliche Versorgung

Hausarzt übernimmt Versorgung im Haus

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

Facharzt (z.B. Urologe, Neurologe, Kardiologe, Augenarzt usw.)

Versicherungsverhältnis

privat

gesetzlich

Name der Kranken-/Pflegeversicherung

Versicherungsnummer

Besteht eine Beihilfeberechtigung ja _____%

nein

Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor?

ja

nein

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?

ja

nein

Bereits vorhandene Hilfsmittel (z.B. Rollator, Rollstuhl, o.ä.)

Einkommen / Kostenträger

Art des Einkommens	zahlende Stelle	Betrag in €

Das Heimentgelt wird aufgebracht durch

das oben angeführte monatliche Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben).

Höhe des Barvermögens: ca. _____

das zuständige Sozialamt in _____

Kostenübernahme

muss noch beantragt werden

ist beantragt am: _____

Rentenbescheide

liegen bei

werden nachgereicht

Es muss erkennbar sein, ob die Heimkosten selbst getragen werden können, oder eine Kostenübernahme beim zuständigen Sozialhilfeträger beantragt wird.

Zahlung des Heimentgelts mit SEPA-Lastschriftmandat

Adresse des Kontoinhabers (falls Abweichungen zwischen Zahlungspflichtigen und Kontoinhaber/in)

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Ich ermächtige das Landratsamt Dingolfing-Landau, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Landratsamt Dingolfing-Landau 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Buchung

IBAN des/der Zahlungspflichtigen

BIC

Ort, Datum

Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber/in)

Zur Sicherung der Ansprüche des Heimes aus diesem Vertrag tritt der/die Bewohner/in alle Versicherungs-, Versorgungs- und Unterhaltsansprüche, die ihm/ihr gegenüber Dritten zustehen, an das Heim ab und benennt diese mit Namen und Adresse. Das Heim nimmt diese Abtretung an. Der/die Bewohner/in bevollmächtigt das Heim unwiderruflich, die Abtretung gegenüber dem jeweiligen Schuldner der Versicherungs-, Versorgungs- und Unterhaltsansprüche unter Vorlage dieses Vertrages anzuzeigen, und bevollmächtigt alle Versicherungs-, Versorgungs- und Unterhaltspflichtigen, dem Heim Auskunft über diese Ansprüche zu erteilen.

Rechnungsempfänger

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

Liegt ein Bestattungsvorsorgevertrag vor

ja

liegt in Kopie bei

nein

Gesonderte Vereinbarung gemäß § 8 Abs. 4 WVBG

Unter Bezugnahme auf § 12 Abs. 3 der Heimvertragsbedingungen

„Das Heim ist nicht zur Vertragsanpassung verpflichtet, wenn und soweit

- *der Versorgungsvertrag oder die Vergütungsvereinbarung (mit Anlage „Leistungs- und Qualitätsmerkmale“) die Versorgung bestimmter Bewohner (insbesondere wegen ihres besonderen Pflegebedarfs) nicht erfasst oder ausschließt (Anlage 8) oder*
- *aufgrund einer eingeschränkten Alltagskompetenz eine Unterbringung gemäß § 1831 BGB erforderlich ist.*

Der Bewohner ist berechtigt, den Versorgungsvertrag und die Vergütungsvereinbarung (mit Anlage „Leistungs- und Qualitätsmerkmale“) einzusehen.“

und den als Anlage 8 beigefügten Auszug aus dem Versorgungsvertrag wird die Pflicht des Heimes zur Vertragsanpassung insoweit ausgeschlossen.

Das berechtigte Interesse des Heimes für diesen Ausschluss besteht darin, dass dem Heim für diesen Pflege- und Betreuungsbedarf nicht die erforderlichen personellen Ressourcen bzw. nicht die notwendige Ausstattung zur Verfügung stehen und das Einrichtungskonzept dahingehend erstellt wurde.

Entgeltanpassung

Die Anpassung des Heimentgelts gemäß § 13 Abs. 4 und 5 der Heimvertragsbedingungen setzt die Zustimmung der Pflegekassen, des zuständigen Sozialhilfeträgers (Bezirk) bzw. der zuständigen Bezirksregierung voraus. Diese prüfen, ob das Erhöhungsverlangen den Kostensteigerungen entspricht und angemessen ist. Die Behörden nehmen somit zugunsten der Heimbewohner/innen auch Verbraucherschutzinteressen wahr. Aus diesem Grund wird eine Zustimmung zu derartigen Anpassungen des Heimentgelts mit Unterzeichnung dieses Vertrages erteilt.

Der/die Bewohner/in ermächtigt den Träger des Pflegeheims wegen möglicher Sozialhilfebedürftigkeit bei Entgelterhöhungen, diese dem zuständigen Sozialhilfeträger anzuzeigen und dabei folgende Angaben zu machen: Name des/der Bewohner/in, Betrag der Entgelterhöhung und des neuen Heimentgelts, Zeitpunkt der Erhöhung.

Die Vertragsbedingungen, das Entgeltverzeichnis und die sonstigen Vertragsunterlagen sind allen Unterzeichnern bekannt. Die Unterzeichner wurden auch rechtzeitig vorher vom Träger des Pflegeheims gemäß § 3 WVBG darüber informiert.

Der Heimvertrag kommt mit dem Landkreis Dingolfing-Landau als Träger des Pflegeheims zustande, wenn der beantragte Pflegeplatz unter Bezugnahme auf diesen Antrag schriftlich zugesagt wird. Die Vertragsbedingungen und das Entgeltverzeichnis werden ausgehändigt (auf Wunsch per E-Mail).

....., den

.....
(Unterschrift des/der Bewohners/Bewohnerin)

.....
(Unterschrift des/der Betreuers/Betreuerin
bzw. des/der Vorsorgebevollmächtigten)

Wir bitten Sie abzusagen, falls der Heimplatz nicht mehr benötigt wird.

Für Rückfragen stehen wir innerhalb der Bürozeiten gerne zur Verfügung:

Kreissenorenheim St. Josef
Krankenhausstraße 19
94419 Reisbach
Tel: 08734 9391-0
Fax: 08734 939119
Email: info@seniorenheim-reisbach.de

Kreissenorenheim St. Antonius
Hauptstraße 28
84152 Mengkofen
Tel: 08733 93911-0
Fax: 08733 939120
Email: info@seniorenheim-mengkofen.de

Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Website:

www.seniorenheim-reisbach.de
www.seniorenheim-mengkofen.de

Datenschutzhinweis:

Informationen zum Schutz Ihrer Daten, die Sie uns im Rahmen der Aufnahme in unser Pflegeheim mitgeteilt haben erhalten Sie auf unserer Website.

Vermerk für die Verwaltung

Eingang des Antrags: _____

Unterschrift des Pflegeheims: _____