



**AWO Seniorenzentrum Louis-Röll**  
Gerhart-Hauptmann Str. 5, 95168 Marktleuthen  
**Tel: 09285 / 9570 Fax: 09285 / 1016**

@seniorenzentrum.marktleuthen@awo-ofr-mfr.de  
Internet: www.awo-seniorenzentrum-marktleuthen.de

## ANMELDUNG ZUR

**HEIMAUFNAHME**

**KURZZEITPFLEGE**

*In Einzelfällen geraten wir mit den Versorgungsmöglichkeiten in unserer Einrichtung an Grenzen.  
Ausschlusskriterien für eine Aufnahme entnehmen sie bitte der Anlage 6 unseres Wohn- und Betreuungsvertrags.*

Gewünschter Einzugsstermin: ..... Von: ..... Bis: .....

Anmeldung für den: Wohnbereich  Pflegebereich  beschützender Pflegebereich

Zimmerwunsch: Einzelzimmer  Doppelzimmer

Vor- / Nachname: ..... Geburtsname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Familienstand: ..... Konfession: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Wohnanschrift: .....

Aktueller Aufenthaltsort: .....

Angehörige: a) .....  
Name wie verwandt Telefon privat

.....  
Anschrift Telefon dienstl.

b) .....  
Name wie verwandt Telefon privat

.....  
Anschrift Telefon dienstl.

Gesetzlicher Betreuer:  Ja  Nein  Antrag wurde gestellt

.....  
Betreuer/in Name, Anschrift, Tel..

Bitte geben Sie den Betreuerausweis in Kopie in der Verwaltung ab

Gibt es eine Patientenverfügung  Ja  Nein Vorsorgevollmacht  Ja  Nein

sonstige Verfügungen / Vollmachten: .....

Bitte geben Sie eine Kopie in der Verwaltung ab

Krankenkasse /  
Pflegekasse: .....

Name, Anschrift, Tel.  
.....

*Bei Kurzzeitpflege: Bitte informieren sie die Pflegekasse über den geplanten Kurzzeitpflegeaufenthalt*

*Bitte wenden*

Hausarzt: .....  
Name, Anschrift, Tel..

Übernimmt der bisherige Hausarzt die ärztliche Betreuung auch weiterhin:  Ja  Nein

Wenn nein, wer soll während des Aufenthaltes in unserem Haus die ärztliche Versorgung übernehmen:

.....  
\_\_\_\_\_

Leistungen der Pflegeversicherung:  Ja  Nein → haben Sie schon Leistungen beantragt  Ja  Nein

Seit ..... in folgende Pflegestufe (P) eingruppiert P1  P2  P3

Wurde ihrerseits eine höhere Pflegestufe beantragt  Ja  Nein

Erhalten Sie von ihrer Pflegekasse Leistungen nach § 45a,b SGB XI  Ja  Nein  
(sogenannte „zusätzliche Betreuungsleistungen“)

**Finanzierung der Heimkosten:**

Selbst-/ Privatzahler:  Beihilfeberechtigung:  Ja  Nein

Monatliches Einkommen ca: .....€

Sozialhilfeträger

Antrag wurde bereits gestellt  Nein  Ja am: ..... bei: .....

Antrag muss noch gestellt werden

**Bankverbindung:**

Kontonummer: ..... Bankleitzahl: .....

Bank : .....

Kontoinhaber/in: .....

**SEPA  
Verfahren**

IBAN: .....

BIC: .....

Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor? Ja:  Nein:

Bitte geben Sie eine Kopie in der Verwaltung ab

**Besonders bei an Demenz erkrankten Bewohner/innen beziehen wir Angehörige / Bezugspersonen gerne in die Planung unserer Pflege mit ein. Falls Sie dies wünschen, bitten wir Sie sich zur genaueren Absprache mit uns in Verbindung zu setzen.**

Ja  Nein  keine Angaben

Datum: .....

Unterschrift: .....