

Bürgerspital Donauwörth gGmbH  
Spitalstraße 2 – 8  
86609 Donauwörth  
Telefon (09 06) 29 99 98-12  
Telefax (09 06) 29 99 98-20  
Email: info@buergerspital-donauwoerth.de

## Anmeldung zur Heimaufnahme

- Vollstationäre Pflege im  Rüstigenbereich, bzw.  Pflegestation
- Kurzzeitpflege von ..... bis .....  
eine weitere vollstationäre Versorgung durch das Bürgerspital ist angedacht  ja  nein
- Ich habe dieses Jahr bereits Leistungen der Kurzzeitpflege bzw. Verhinderungspflege in einem anderen Pflegeheim in Anspruch genommen
- Ich habe bereits Leistungen in einem anderen Pflegeheim für vollstationäre Dauerpflege erhalten
- bislang noch keine Leistungen erhalten
  - bislang für \_\_\_\_\_ Kalendermonate Leistungen erhalten
  - nicht bekannt

### **Bewohnerdaten**

Familienname: ..... Geburtsname: .....

Vorname: ..... Telefon: .....

Wohnung: .....

Geburtsdatum: ..... in: .....

Derzeitiger Aufenthaltsort, wenn nicht der Wohnort:

Krankenhaus  Rehaklinik  Pflegeheim .....

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

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

Schwerbehindertenausweis (bitte Kopie mitbringen)

Schutzimpfung gegen Covid-19 (bitte Kopie mitbringen)

aktueller Rentenbescheid (bitte Kopie mitbringen)

### **Ansprechpartner / Betreuer**

Angehöriger

Partner  Kind  Enkel  Neffe  Schwester/Bruder  Bekannter  .....

Name und Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... Handy: .....

**E-Mail:** .....

Liegen Vollmachten vor?  Notar

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

Wer ist im Todesfall zu benachrichtigen?

.....

Bürgerspital Donauwörth gGmbH  
Spitalstraße 2 – 8  
86609 Donauwörth  
Telefon (09 06) 29 99 98-12  
Telefax (09 06) 29 99 98-20  
Email: info@buergerspital-donauwoerth.de

Betreuer über Amtsgericht

Name und Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... Handy: .....

**Hausarzt** (bitte mit Anschrift und Telefon):

.....

**Kranken- / Pflegekasse** (bitte mit Anschrift und Telefon):

.....

Krankenversicherungsnummer: .....

Pflichtversichert

Privatversichert

Beihilfeberechtigt

Pflegegrad vorhanden?

ja  nein

beantragt am .....

Bescheid der Pflegekasse für Pflegegrad vom ..... (Datum)

1

2

3

4

5

Befreiung von Zuzahlungen?

Nein

Ja (bitte Kopie mitbringen)

**Kostenträger außer Pflegekasse**

selbst

Sozialhilfe

Beihilfe, falls ja wieviel %.....

**Bei einer kurzfristigen Absage des Heimplatzes werden pauschal 50 Euro Verwaltungsgebühr in Rechnung gestellt.**

### **Postzustellung**

• Abweichende Mailadresse für Heimkostenabrechnung: .....

• Persönliche Post:

Aushändigung der Post an den Heimbewohner selbst.

Die Tagespost der Bewohner wird gegen eine Verwaltungsgebühr von 10 €/Monat an o.g. Ansprechpartner verschickt.

Hinterlegung der Tagespost in der Verwaltung.

Dabei muss die regelmäßige Abholung der Post während der Öffnungszeiten von Ansprechpartner oder Betreuer gewährleistet sein.

### **Info zur Kurzzeitpflege**

In der Kurzzeitpflege sind Bewohner und Angehörige für die Inkontinenzmaterialien und Medikamentenversorgung selbst verantwortlich.

Die Kostenübernahme für die pflegebedingten Aufwendungen sowie die Ausbildungsvergütung bis zu einer Grenze von 1.854,00 € werden bei einer Genehmigung der Kurzzeitpflege von der Pflegekasse getragen.

Die übrigen Heimkosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten werden Ihnen in Rechnung gestellt. Die Dauer der Kurzzeitpflege in unserem Haus beträgt derzeit 14 Tage im Kalenderjahr.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller

Ihre Unterlagen werden innerhalb der Wartezeit ein Jahr lang gespeichert. Nach Ablauf der Frist und einem Nichteintrag vernichten wir die übermittelten Daten.