

Anmeldung zur Aufnahme



Seite 1

per Fax an:
oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Wird von der Verwaltung ausgefüllt!

von bis Zimmer Nr. DZ EZ Kurzzeit bis stationär

Persönliche Daten

Nachname

Vorname

Geburtsname

Geboren am

Geboren in

Bei Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben.

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Anschrift

(Bitte den Hauptwohnsitz angeben, an dem Sie auch polizeilich gemeldet sind.)

Straße/ Nr.

PLZ/ Ort

Telefon

Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim

(andere Einrichtung)?

.....

.....

.....

Bankverbindung

IBAN

BIC

Institut

Gewünschte Unterbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Vollstationär Kurzzeitpflege

beschützende Unterbringung

.....

.....

Termin

Zu welchem Zeitpunkt wird die Aufnahme gewünscht?

.....

.....

Die Heimkosten werden aufgebracht durch

Zutreffendes bitte ankreuzen.

eigene Mittel Sozialhilfe

Anmeldung zur Aufnahme



Name

Seite 2

Angehöriger 1

Wie verwandt?

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon tagsüber
abends

Mobiltelefon,
Telefax

Email

- Betreuer**
- Bevollmächtigter**

Betreuungs- bzw. Vollmachtsbereich/e:
.....
.....

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon tagsüber
abends

Mobiltelefon,
Telefax

Email

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

.....
.....
.....
.....
.....

Angehöriger 2

Wie verwandt?

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon tagsüber
abends

Mobiltelefon,
Telefax

Email

Hausarzt

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon/Fax

Krankenkasse

Name

Pflegegrad

seit Vers.Nr.

Rezeptgebührenbefreiung?

ja nein bis

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle
Fragen vollständig beantwortet sind.

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

per Fax an:
oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Allgemeines

Größe, Gewicht

Ist der Patient gehfähig? ja nein

Ist der Patient bettlägerig? ja nein

Stuhlinkontinenz? ja nein

Harninkontinenz? ja nein

Unterstützungsbedarf

- bei Essen und Trinken? ja nein

- bei der Körperpflege? ja nein

- beim Ankleiden? ja nein

- im Bereich der Mobilität? ja nein

- beim Benutzen der Toilette/Umgang mit Ausscheidungen? ja nein

- bei ja nein

Ist der Patient örtlich orientiert? ja nein

Ist der Patient zeitlich orientiert? ja nein

Ist der Patient zur Person orientiert? ja nein

Verhaltensauffälligkeiten? ja nein

Welche?

Weglauff Tendenzen? ja nein

Suchtkrankheit? ja nein

Welche?

Wunden ja nein

Welche?

.....

Ansteckende Krankheiten

ja nein

(auch Tbc nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Welche?

Nicht bekannt ja nein

MRSA

MRGN

Clostridien

Andere

Spezielle Versorgung

ja nein

Beatmungspflichtig Sauerstoffgabe

Tracheostoma Port

Dialyse

Werden spezielle Hilfsmittel benötigt? Welche?

.....

Diagnosen

.....

.....

.....

Allergien/Unverträglichkeiten ja nein

Welche?

.....

Hinweise und Bemerkungen des Arztes

.....

.....

Stempel, Unterschrift des Arztes

Ort, Datum

gültig ab 01.10.2019

Alten - und Pflegeheim Göggingen
 Promenadestr. 14
 86199 Augsburg

Preisliste pro Monat

Pflegebereich	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Einzelzimmer	93,88 €	112,81 €	128,98 €	145,85 €	153,41 €
TYP 1	2.855,83 €	3.431,68 €	3.923,57 €	4.436,76 €	4.666,73 €
Anteil Pflegeversicherung	125,00	770,00	1262,00	1775,00	2005,00
verbleibender Eigenanteil	2.730,83 €	2.661,68 €	2.661,57 €	2.661,76 €	2.661,73 €
EZ duplex groß	92,59 €	111,52 €	127,69 €	144,56 €	152,12 €
TYP 2	2.816,59 €	3.392,44 €	3.884,33 €	4.397,52 €	4.627,49 €
Anteil Pflegeversicherung	125,00	770,00	1262,00	1775,00	2005,00
verbleibender Eigenanteil	2.691,59 €	2.622,44 €	2.622,33 €	2.622,52 €	2.622,49 €
EZ duplex klein	91,92 €	110,85 €	127,02 €	143,89 €	151,45 €
TYP 3	2.796,21 €	3.372,06 €	3.863,95 €	4.377,13 €	4.607,11 €
Anteil Pflegeversicherung	125,00	770,00	1262,00	1775,00	2005,00
verbleibender Eigenanteil	2.671,21 €	2.602,06 €	2.601,95 €	2.602,13 €	2.602,11 €
Zweibettzimmer	89,91 €	108,84 €	125,01 €	141,88 €	149,44 €
TYP 4	2.735,06 €	3.310,91 €	3.802,80 €	4.315,99 €	4.545,96 €
Anteil Pflegeversicherung	125,00	770,00	1262,00	1775,00	2005,00
verbleibender Eigenanteil	2.610,06 €	2.540,91 €	2.540,80 €	2.540,99 €	2.540,96 €
TYP 1	Einzelzimmer		eigene Nasszelle		
TYP 2	Duplex Einzelzimmer groß		2 Pers. Pro Nasszelle		
TYP 3	Duplex Einzelzimmer klein		2 Pers. Pro Nasszelle		
TYP 4	Zweibettzimmer		2 Pers. Pro Nasszelle		