

Wer stellte diesen Antrag? (Name, Anschrift, in welcher Eigenschaft)

Durch wen oder wie wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam gemacht?

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Residenzia München Sozialbetriebe GmbH ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir /uns gemachten Angaben zu prüfen.

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch und werden vertraulich behandelt.

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigten

1. Anmeldung zur Heimaufnahme in den Pflegebereich

Gewünschtes Einzugsdatum: _____
Das gewünschte Einzugsdatum stellt weder für den Antragsteller noch für die Residenzia München Sozialbetriebe GmbH eine verbindliche Zusage dar.

Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer (nur beschützender Bereich)

Persönliche Angaben des Antragstellers

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____ geboren am: _____

Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____

Seit wann ist dies Ihr Hauptwohnsitz? - Datum: _____

Bei einem Wohnungswechsel vor weniger als 2 Jahren, bitte hier die frühere Adresse angeben!

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Schwerbehindertenausweis: NEIN JA / Grad _____ %

Kostform: Normalkost Diät sonstiges: _____

Derzeitiger Aufenthalt: Krankenhaus zu Hause

Reha sonstiges: _____

Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner

Name, Vorname: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner

Name, Vorname: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter
Bitte Kopie des Betreuerausweises oder des Antrages auf Betreuungsverfahren bzw. Vollmacht beifügen.

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Behandelnder Arzt

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____

Versicherung
Bitte Bescheid der Pflegekasse oder Kopie des Antrags auf Pflegeleistungen beifügen.

Pflegekasse: _____ gesetzlich privat

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Zuzahlungsbefreiung von Rezeptgebühren: JA NEIN
Bitte Bescheid unbedingt beilegen!

Versicherung
Bitte Bescheid der Pflegekasse oder Kopie des Antrags auf Pflegeleistungen beifügen.

Pflegegrad 1 2 3 4 5 seit wann? _____

Beihilfeberechtigt: NEIN JA

kein Pflegegrad Pflegegrad wurde beantragt, am _____

Schnelleinstufung wurde beantragt Pflegegrad 1 2 3 4 5

Zusätzliche Betreuungsleistung nach SGB XI §53c JA NEIN
Bitte Bescheid unbedingt beilegen!

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Unterbringungsbeschluss zur Unterbringung in einer beschützenden Einrichtung

Beschluss des Amtsgericht vom _____ Aktenzeichen _____

sonstige Beschlüsse
Entsprechende Bescheide bitte unbedingt beilegen!

Bettgitter
 Bauchgurt im Bett
 Sicherheitsgurt am Rollstuhl / Stuhl

Finanzielle Angelegenheiten (monatliches Einkommen / Rente)
Bitte Kopie des aktuellen Rentenbescheids und/oder Girokontoauszug mit ersichtlichem Zahlungseingang.

Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Kostenübernahmeregelung
Bitte Kopie der Kostenübernahmeerklärung oder des Antrags auf Kostenübernahme beifügen.

Selbstzahler: JA NEIN Beihilfeberechtigt: JA NEIN
(Eigenanteil wird selbst aufgebracht)

Andere Kostenträger: _____

Vorläufige Kostenübernahme - Bescheid des Trägers liegt vor: JA NEIN

Datum/Aktenzeichen: _____

2. Ärztlicher Fragebogen

- zur Entscheidung über die Heimaufnahme
- zur Kostenregelung durch den Sozialhilfeträger

Mit der Weitergabe der nachstehenden notwendigen Informationen bin ich einverstanden

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigten

Name, Vornamen (Patient): _____

Geburtsname: _____ geboren am: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Wird der Patient von Ihnen im Heim weiterbehandelt? JA NEIN

Diagnosen: Bitte um genaue Auflistung der medizinischen Diagnosen als Anhang.

Die wichtigsten Hauptdiagnosen.

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Suchterkrankung? NEIN JA / Welche? _____

Seit wann? _____

geistig-seelische Behinderung oder Störung?

NEIN JA / Welche? _____

Seit wann? _____

Ist der Patient von ansteckenden Krankheiten befallen? (bitte zutreffendes ankreuzen)

HIV NEIN JA

MRSA NEIN JA / Wo? _____

3 MRNG NEIN JA / Wo? _____

4 MRNG NEIN JA / Wo? _____

Hepatiden NEIN JA / Welche? _____

Tbc NEIN JA

Medikamente: Bitte um genaue Auflistung der aktuellen Medikamente als Anhang.

Bestätigung / Nachweis durch Hausarzt über verordnete Arzneimittel ist notwendig.

Orientierung:

Zur Person: _____ Zur Zeit: _____ Zur Situation: _____ Zum Ort: _____

Beurteilung: JA / NEIN / zeitweise = zw

Kommunikation: Sprachliche Barrieren? (bitte zutreffendes ankreuzen)

Sprechen keine Einschränkung Einschränkung / Welche? _____

Hören keine Einschränkung Einschränkung / Welche? _____

Sehen keine Einschränkung Einschränkung / Welche? _____

Mobilität: Kontrakturen? JA NEIN / Wo?:

Personelle Unterstützung ist bei folgenden Tätigkeiten notwendig? (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Hilfe beim Aufstehen / zu Bett Gehen
- Umlagern keine Einschränkung Einschränkung / Welche? _____
- Ankleiden Entkleiden keine Einschränkung Einschränkung / Welche? _____
- Gehen Stehen / Transfer (z.B. in den Rollstuhl oder ins Bett)
- Begleitung außerhalb des Hauses JA NEIN
- Hilfsmittel nötig? NEIN JA / Welche? _____
- _____
- Ist der Patient nachts unruhig? JA NEIN

Ausscheidung: Inkontinenz? JA NEIN / Was? Harn Stuhlgang (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Toilettengänge selbstständig personelle Unterstützung
- Dauerkatheter wechseln / Wann?: _____
- Stomabeutel leeren / wechseln / Wann?: _____

Körperpflege: Hautbeschaffenheit? normal Besonderheiten: _____

Wunden? NEIN JA, Wo? _____

Personelle Unterstützung ist bei folgenden Tätigkeiten notwendig? (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Körperwäsche / Baden / Duschen Zahnpflege / Zahnprothese Kämmen Rasur

Kann durch ambulante Hilfe die Heimaufnahme vermieden werden? NEIN JA, durch welche?

Wurden derartige Maßnahmen eingeleitet? NEIN JA, durch welche ambulanten Anbieter?

Kann die fachgerechte Versorgung nur im Heim geleistet werden, weil ambulante Hilfe nicht ausreicht? JA NEIN dauernd vorübergehend

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

3. Erklärung zum Infektionsschutz

Wir müssen Sie darauf hinweisen, dass Sie verpflichtet sind, uns vor dem Einzug ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 IfSG vorzulegen, aus welchem hervorgeht, dass Sie nicht an Lungentuberkulose erkrankt sind. Sie erhalten ein solches Zeugnis bei Ihrem Hausarzt.

Wir bitten Sie, die nachstehende Bescheinigung abzutrennen und sie ausgefüllt und unterzeichnet mit den restlichen Anmeldeunterlagen bei uns einzureichen!

✂-----

Ich bestätige mit meiner nachfolgenden Unterschrift, über meine Verpflichtung zur Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses nach § 36 Abs. 4 IfSG aufgeklärt worden zu sein. Sollte ich dieser Verpflichtung nicht nachkommen und im Falle einer ansteckenden Lungentuberkuloseerkrankung anstecken, stelle ich die Einrichtung, **Residenzia München Sozialbetriebe GmbH**, von eventuellen Schadensersatzansprüchen frei.

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Datum		Unterschrift	

Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r		Unterschrift	
------------------------------------	--	--------------	--

4. Zur Information

Bitte denken Sie an folgende Unterlagen:

- | | |
|---|---|
| ■ die Anmeldung zur Heimaufnahme im Original | ■ Gesundheitskarte |
| ■ ärztlicher Fragebogen im Original | ■ Schwerbehindertenausweis |
| ■ Erklärung zum Infektionsschutz im Original | ■ Personalausweis (Kopie) bzw. Bestätigung der Ausweisbefreiung (Kopie) |
| ■ Schreiben über bewilligten Pflegegrad oder Schnelleinstufungsbescheid (Kopie) | ■ Antrag auf Pflegeleistung für vollstationäre Pflege (Kopie) |
| ■ aktueller Rentenbescheid und sonstige Belege zu Einkommens- und Vermögenswerten (Kopie / Girokontoauszug) | ■ Schreiben über bewilligte Kurzzeitpflege oder Antrag auf Kurzzeitpflege (Kopie) |
| ■ Bescheid über Kostenübernahme des Bezirks Oberbayern oder Antrag auf Kostenübernahme an den Bezirk Oberbayern (Kopie) | ■ Betreuerausweis (Kopie) |
| ■ Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung (Kopie) | ■ polizeiliche An-/Ab- bzw. Ummeldung |
| ■ richterlicher Beschluss für das Wohnen im beschützenden Wohnbereich (bei Selbst- und Fremdgefährdung, Weglauftendenz) | ■ Zuzahlungsbefreiung von Rezeptgebühren |
| ■ richterlicher Beschluss für freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Bauchgurt, Vorsatztisch, etc.) | ■ Angaben über die Vorsorge im Todesfall |

Wichtige Adressen:

- **Antrag auf Pflegeleistung (Pflegegrad)**
bei ihrer Kranken-/Pflegekasse
- **Informationen zu Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung**
Sozialreferat Betreuungsstelle
Mathildenstraße 3a in 80336 München
Tel.: 089-23 32 62 55 / Fax: 089-23 32 50 56
E-Mail: betreuungsstelle.soz@muenchen.de
Web: <http://www.muenchen.de/betreuungsstelle>
- **Antrag für Betreuung und richterliche Unterbringungsbeschluss**
Amtsgericht München – Betreuungsgericht
Linprunstraße 22 in 80335 München
Tel.: 089-55 97 06 / Fax: 089-55 97 49 00
Web: <https://www.justiz.bayern.de>
- **Antrag auf Kostenübernahme für einen Pflegeplatz an den Bezirk Oberbayern**
Bezirk Oberbayern
Prinzregentenstraße 14 in 80538 München
Tel.: 089-21 98 2 10 10 / Fax: 089-21 980 52 10 10
Web: <http://www.bezirk-oberbayern.de>