RES	SID	EΝ	ZI	A

Geltungsbereich: Seniorenzentrum

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 Wisse und Gewissen gemacht zu haben. Die Residenzia München Sozialbetriebe GmbH ist jederzeiberechtigt, 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

© RESIDENZIA München Sozialbetriebe GmbH, Murnauer Str. 267, 81379 München

Version: 002/30.01.2017Pflegehandbuch SZ SGB XIFreigabe: EL/PDLDoku.-Nr.: 094AAnmeldeunterlagen zur Aufnahme in das SeniorenzentrumSeite: 4



Anmeldeunterlagen zur Aufnahme in das Seniorenzentrum

Geltungsbereich: Seniorenzentrum

1. Anmeldung zur Heimaufnahme in den Pflegebereich

Gewünschtes Einzugsdatum: Das gewünschte Einzugsdatum stellt weder für den Antragssteller noch für die Residenzia München Sozialbetriebe GmbH eine verbindliche Zusage dar.						
Gewünschte Unterbringung: ☐ Ei	nzelzimmer [Doppelzimmer (nur beschützender Bereich)				
Persönliche Angaben des Antragss	stellers					
Name, Vorname:						
Geburtsname:	g	eboren am:				
Geburtsort:		taatsangehörigkeit:				
Familienstand:		Confession:				
Straße und Hausnummer:						
PLZ und Wohnort:						
Telefon:						
Seit wann ist dies Ihr Hauptwohnsitz	?? - Datum:					
Bei einem Wohnungswechsel vor wenig	er als 2 Jahren, bitte	e hier die frühere Adresse angeben!				
Straße und Hausnummer:						
PLZ und Wohnort:						
Schwerbehindertenausweis:	□ NEIN	□ JA / Grad %				
Kostform:	□ Diät	☐ sonstiges:				
Derzeitiger Aufenthalt:	☐ Krankenhaus	□ zu Hause				
	□ Reha	□ sonstiges:				
Angehörige / Bezugspersonen / A	<u>nsprechpartner</u>					
Name, Vorname:						
Verwandtschaftsverhältnis:						
Straße und Hausnummer:						
PLZ und Wohnort:						
Telefon:	Mobil-N	r.:				
E-Mail-Adresse:						

© RESIDENZIA München Sozialbetriebe GmbH, Murnauer Str. 267, 81379 München

Version: 002/30.01.2017Pflegehandbuch SZ SGB XIFreigabe: EL/PDLDoku.-Nr.: 094AAnmeldeunterlagen zur Aufnahme in das SeniorenzentrumSeite: 1



Geltungsbereich: Seniorenzentrum

Angehörige / Bezugspersonen / Ansprech	<u>partner</u>	
Name, Vorname:		
Verwandtschaftsverhältnis:		
Straße und Hausnummer:		
PLZ und Wohnort:		
Telefon:	Mobil-Nr.:	
E-Mail-Adresse:		
Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigt Bitte Kopie des Betreuerausweises oder des Antrages auf Betreuu Name, Vorname:	ıngsverfahren bzw. Vollmacht beifügen.	
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.:E-Mail-Adresse:	
Versicherung Bitte Bescheid der Pflegekasse oder Kopie des Antrags auf Pflege	eleistungen beifügen.	
Pflegekasse:	_ □ gesetzlich	□ privat
Krankenkasse:		
Versicherungsnummer:		
Zuzahlungsbefreiung von Rezeptgebühren: Bitte Bescheid unbedingt beilegen!	□JA	□ NEIN

© RESIDENZIA München Sozialbetriebe GmbH, Murnauer Str. 267, 81379 München

Pflegehandbuch SZ SGB XI Freigabe: EL/PDL Version: 002/30.01.2017 Doku.-Nr.: 094A Anmeldeunterlagen zur Aufnahme in das Seniorenzentrum Seite: 2



Anmeldeunterlagen zur Aufnahme in das Seniorenzentrum

Geltungsbereich: Seniorenzentrum

Versicherung Bitte Bescheid der Pflegekasse	oder Kopie	des Antra	gs auf Pfleg	geleistungei	n beifügen.					
Pflegegrad	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5		seit w	ann? _		
Beihilfeberechtigt:	□ NE	IN	□JA							
☐ kein Pflegegrad	□ Pfl	egegrad	d wurde	beantr	agt, am					
☐ Schnelleinstufung	wurde	beantra	ıgt	Pflege	egrad	□ 1	□ 2	□3	□ 4	□ 5
☐ Zusätzliche Betreuungsleistung nach SGB XI §53c ☐ JA ☐ NEIN Bitte Bescheid unbedingt beilegen!										
Freiheitsentziehende	e Maßr	nahmen	<u> </u>							
☐ Unterbringungsbe	eschluss	zur Un	terbring	gung in	einer be	schütze	nden Ei	nrichtui	ng	
Beschluss des Amtsg	ericht v	om		Ak	tenzeich	ien				<u></u>
□ sonstige Beschlüss Entsprechende Bescheide b		lingt beileg	en!							
□ Bettgitter□ Bauchgurt im Bett□ Sicherheitsgurt am Rollstuhl / Stuhl										
Finanzielle Angelegenheiten (monatliches Einkommen / Rente)										
Bitte Kopie des aktuellen Rente	enbescheid	s und/oder	Girokonto	auszug mit	ersichtliche	m Zahlung	seingang.			
Art des Einkommens	(z.B. Re	ente)		Zahle	nde Ste	lle		Betra	g in Euro	0
				-						
Kostenübernahmeregelung Bitte Kopie der Kostenübernahmeerklärung oder des Antrags auf Kostenübernahme beifügen.										
Selbstzahler: JA (Eigenanteil wird selbst aufgeb	oracht)	□NE	IN	Beihil	feberecl	ntigt:	□JA		□ NE	IN
Andere Kostenträger	:									
Vorläufige Kostenübe	ernahm	e - Besc	heid de	s Träge	rs liegt v	vor:	□JA		□ NE	IN
Datum/Aktenzeicher	า:									

© RESIDENZIA München Sozialbetriebe GmbH, Murnauer Str. 267, 81379 München

Pflegehandbuch SZ SGB XI Freigabe: EL/PDL Version: 002/30.01.2017 Doku.-Nr.: 094A Seite: 3 Anmeldeunterlagen zur Aufnahme in das Seniorenzentrum



Geltungsbereich: Seniorenzentrum

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					
	es Antrags	tellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigten			
Name, Vornan	nen (Patie	nt):			
Geburtsname:		geboren am:			
Straße und Hai	usnummer:				
Wird der Patie	ent von Ihi	nen im Heim weiterbehandelt? 🔲 JA 🔲 NEIN			
Diagnosen: Bi	tte um ger	naue Auflistung der medizinischen Diagnosen als Anhang.			
Die wichtigsten Ha	ıuptdiagnoseı	1.			
(bitte zutreffendes □ Suchterkran		□ NEIN □ JA / Welche?			
		Seit wann?			
□ geistig-seelis	☐ geistig-seelische Behinderung oder Störung?				
□ NEIN □ JA	A / Welche	?			
	Seit wan	n?			
Ist der Patier	it von ans	eckenden Krankheiten befallen? (bitte zutreffendes ankreuzen)			
	□ NFIN	□JA			
□ mrsa	,	□ JA / Wo?			
☐ 3 MRNG		□ JA / Wo?			
☐ 4 MRNG		□ 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.

© RESIDENZIA München Sozialbetriebe GmbH, Murnauer Str. 267, 81379 München

Version: 002/30.01.2017Pflegehandbuch SZ SGB XIFreigabe: EL/PDLDoku.-Nr.: 094BAnmeldeunterlagen zur Aufnahme in das SeniorenzentrumSeite: 1



Geltungsbereich: Seniorenzentrum

Orientierung:			
Zur Person:	Zur Zeit:	Zur Situation:	Zum Ort:
Beurteilung: JA / NEI	N / zeitweise = zw		
Kommunikation	: Sprachliche Barrieren? (bit	te zutreffendes ankreuzen)	
Sprechen	□ keine Einschränkung □ E	inschränkung / Welche?	
Hören	□ keine Einschränkung □ E	inschränkung / Welche? _	
Sehen	□ keine Einschränkung □ E	inschränkung / Welche? _	
Mobilität: Kontr	rakturen? 🗆 JA 🛭 NEIN / V	Vo?:	
	erstützung ist bei folgende	n Tätigkeiten notwendig?	? (bitte zutreffendes ankreuzen)
□ Umlagern □ Ankleiden □ Gehen □ Begleitung a	ufstehen / zu Bett Gehen □ Entkleiden □ Stehen / Transfer (z.B. in ußerhalb des Hauses □ JÆ g? □ NEIN □ JA / Welche?	den Rollstuhl oder ins Bett A □ NEIN	? □ NEIN □ JA □ gelegentlich
☐ Ist der Patier	nt nachts unruhig? □ JA	A □ NEIN	
Ausscheidung: I	nkontinenz? 🗆 JA 🗆 NEIN	N / Was? □ Harn □ Stuh	nlgang (bitte zutreffendes ankreuzen)
☐ Dauerkathet	ge □ selbstständig □ pers er wechseln / Wann?:	sonelle Unterstützung	
☐ Stomabeutel	leeren / wechseln / Wann?:		
	lautbeschaffenheit? □ nori IEIN □ JA, Wo?	mal 🗆 Besonderheiten: _	
	erstützung ist bei folgende e / Baden / Duschen □ Zahr		
Kann durch amb	oulante Hilfe die Heimaufna	ahme vermieden werden?	? □ NEIN □ JA, durch welche?
Wurden derartig	ge Maßnahmen eingeleitet?	P □ NEIN □ JA, durch v	welche ambulanten Anbieter?
Kann die fachge ausreicht?	erechte Versorgung nur im I JA	_	eil ambulante Hilfe nicht
Ort / Datum		Stem	pel und Unterschrift des Arztes

© RESIDENZIA München Sozialbetriebe GmbH, Murnauer Str. 267, 81379 München



Geltungsbereich: Seniorenzentrum

3. Erklärung zum Infektionsschutz

Zeugnis nach § 3	•	aus welchem	s vor dem Einzug ein ärztliches hervorgeht, dass Sie nicht an is bei Ihrem Hausarzt.
	achstehende Bescheinigung a Inmeldeunterlagen bei uns ei		sie ausgefüllt und unterzeichnet
Ich bestätige mit me ärztlichen Zeugniss Verpflichtung nich erkrankung ansteck	es nach § 36 Abs. 4 IfSG t nachkommen und im F	hrift, über meine aufgeklärt wor Falle einer anst	Verpflichtung zur Vorlage eines den zu sein. Sollte ich dieser eckenden Lungentuberkulose- ünchen Sozialbetriebe GmbH,
Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Datum		Unterschrift	

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Datum	Unterschrift	
Betreuer/in oder	Unterschrift	

Betreuer/in oder	Unterschrift	
Bevollmächtigte/r		



Geltungsbereich: Seniorenzentrum

4. Zur Information

Bitte denken Sie an folgende Unterlagen:

— UIC AHITICIUUTIS ZUI FICHHAUHTAHITIC IITI OHSHIAL	■ die Anmeldung z	zur Heimaufna	ahme im Origin	al
---	-------------------	---------------	----------------	----

■ ärztlicher Fragebogen im Original

■ Erklärung zum Infektionsschutz im Original

■ Schreiben über bewilligten Pflegegrad oder Schnelleinstufungsbescheid (Kopie)

 aktueller Rentenbescheid und sonstige
 Belege zu Einkommens- und Vermögenswerten (Kopie / Girokontoauszug)

 Bescheid über Kostenübernahme des Bezirks Oberbayern oder Antrag auf Kostenübernahme an den Bezirk Oberbayern (Kopie)

■ Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung (Kopie)

 richterlicher Beschluss für das Wohnen im beschützenden Wohnbereich (bei Selbstund Fremdgefährdung, Weglauftendenz) ■ Gesundheitskarte

Schwerbehindertenausweis

Personalausweis (Kopie) bzw.
Bestätigung der Ausweisbefreiung (Kopie)

 Antrag auf Pflegeleistung für vollstationäre Pflege (Kopie)

 Schreiben über bewilligte Kurzzeitpflege oder Antrag auf Kurzzeitpflege (Kopie)

Betreuerausweis (Kopie)

polizeiliche An-/Ab- bzw. Ummeldung

■ Zuzahlungsbefreiung von Rezeptgebühren

■ Angaben über die Vorsorge im Todesfall

■ richterlicher Beschluss für freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Bauchgurt, Vorsatztisch, etc.)

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: <u>betreuungsstelle.soz@muenchen.de</u> Web: <u>http://www.muenchen.de/betreuungsstelle</u>

Antrag f
ür 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

© RESIDENZIA München Sozialbetriebe GmbH, Murnauer Str. 267, 81379 München