



Das Zentrum für Betreuung.

**Fink. Das Zentrum für Betreuung.**  
**Haus Sonnenhalde**  
**Sonnenhalde 5**  
**88178 Heimenkirch**

- Haus der Betreuung  
Untertrogen 2 • 88171 Weiler im Allgäu  
Tel. (0 83 87) 92 07-0 • Fax (0 83 87) 92 07-16
- Haus Eintracht  
Langenried 17 • 88179 Oberreute  
Tel. (0 83 87) 5 34
- Haus St. Elisabeth  
Schüttentobel 12 • 88167 Grünenbach  
Tel. (0 83 83) 92 02-0 • Fax (0 83 83) 92 02-16
- Haus Sonnenhalde  
Sonnenhalde 5 • 88178 Heimenkirch  
Tel. (0 83 81) 92 45-0 • Fax (0 83 81) 92 45-16

**Heimaufnahmebogen für  Frau /  Herr Nachname⇒ \_\_\_\_\_**

• **Stammdaten**

Vorname ⇒ \_\_\_\_\_ Geburtsdatum ⇒ \_\_\_\_\_  
Geburtsname ⇒ \_\_\_\_\_ Geburtsort⇒ \_\_\_\_\_  
derzeitige Anschrift⇒ \_\_\_\_\_  
Familienstand ⇒ \_\_\_\_\_ Nationalität ⇒ \_\_\_\_\_ - Konfession ⇒ \_\_\_\_\_

- **Aufnahmeinformation**  Kurzzeitpflege  Vollstationär  Tagespflege
- **Zimmer:**  Einzelzimmer: \_\_\_\_\_  Doppelzimmer: \_\_\_\_\_
- **Aufnahmedatum / Zeitraum:** \_\_\_\_\_

• **Betreuer** amtlich bestellt⇒  ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Name ⇒ \_\_\_\_\_ Akt. Zeichen⇒ \_\_\_\_\_  
Anschrift ⇒ \_\_\_\_\_ Ablauf⇒ \_\_\_\_\_  
Kopie vom Ausweis beigefügt  Kopie von Beschluss beigefügt   
Telefon/E-Mail ⇒ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

• **Angehörige/Bezugsperson**

Name ⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_  
Anschrift ⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_  
Telefon ⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_  
E-Mail ⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_

• **Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_ **VS-Nr.:** \_\_\_\_\_

Anschrift ⇒ \_\_\_\_\_ Telefon⇒ \_\_\_\_\_  
Rezeptgebührenbefreiung ⇒  ja  nein Telefax⇒ \_\_\_\_\_  
Schwerbehindertenausweis ⇒  ja  nein

• **Rechnungsempfänger**

**Postempfänger**

Name ⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_  
Anschrift ⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_  
Telefon ⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_

• **In Notsituation / im Sterbefall zu benachrichtigen / Nachts verständigen**  ja  nein

Name ⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_  
Anschrift ⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_  
Telefon ⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_

- **Besteht eine Vorsorgevollmacht**  ja /  nein
- **Besteht eine Patientenverfügung**  ja /  nein

**Wir sind bestrebt, die medizinische und pflegerische Betreuung unseres neuen Bewohners optimal und seinen Bedürfnissen angepasst in unserer Pflegeeinrichtung zu gewährleisten. Deshalb bitten wir um die genaue Beantwortung der folgenden Fragen**

**• Bisherige ärztliche Versorgung**

**Neue ärztliche Versorgung**

Name ⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_  
 Anschrift ⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_  
 Telefon ⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_

**• Leistungen nach SGB XI Pflegeversicherungsgesetz**

Pflegegrad ⇒  ①  ②  ③  ④  ⑤ Bescheid wird ⇒  beigefügt  nachgereicht

**• Informationssammlung vor Aufnahme**

Besonderheiten / Wünsche: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**• Folgende Hilfsmittel werden derzeit genutzt und benötigt**

<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Lagerungsmaterial	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse

**• Umfang der Hilfebedürftigkeit**

S = selbständig A = Anleitung TÜ = Teilübernahme VÜ = Volle Übernahme

× Körperpflege	S	A	TÜ	VÜ	Bemerkung
beim Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim Baden und Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei der Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnprothesen: <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
× Mobilität	S	A	TÜ	VÜ	
beim Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ist der/die Bewohner/In bettlägerig ⇒  nein  zeitweise  dauernd

Liegen Kontraktoren vor ⇒  ja, wo: \_\_\_\_\_  nein

Ist der/die Bewohner/In  Linkshänder oder  Rechtshänder

× Ernährung	S	A	TÜ	VÜ	
beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Normalkost  Reduzierte Kost  Diabetikerkost  
 vegetarische Kost  \_\_\_\_\_  Sondennahrung  
 bekannte Allergien: \_\_\_\_\_

**× Ausscheidung**

Harninkontinenz ⇒  nein  zeitweise  dauernd  
 Dauerkatheter ⇒  ja  nein  sup. Blasendauerkatheter  trans. Blasendauerkatheter  
 Stuhlinkontinenz ⇒  nein  zeitweise  dauernd Stomaträger ⇒  ja  nein  
 Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

× **Kommunikation**

Hörvermögen ⇒  ungestört Störungen:  links  rechts  mäßig  schwer  Ausfall  
Sprachvermögen ⇒  ungestört Störungen:  mäßig  schwer  Ausfall  
Sehvermögen ⇒  ungestört Störungen:  links  rechts  mäßig  schwer  Ausfall  
Orientierung ⇒ *persönlich:*  ja  nein  zeitweise  
*situativ:*  ja  nein  zeitweise  
*zeitlich:*  ja  nein  zeitweise  
*örtlich:*  ja  nein  zeitweise  
Gemütsstimmung ⇒  kooperativ  nicht kooperativ  
 verbal aggressiv  Stimmungsschwankungen  körperlich aggressiv

× **Schlafgewohnheiten**

schläft gut  gelegentliche nächtliche Unruhe  ständige nächtliche Unruhe  
 besondere Gewohnheiten: \_\_\_\_\_

**Informationsliste** ⇒

zur Kenntnis genommen und akzeptiert

Diese Anmeldung ist – bis auf schriftlichen Widerruf – verbindlich. Die Anmeldung kann bestätigt werden, sobald die Formalitäten und der ärztliche Fragebogen abgegeben worden sind.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers

Wir freuen uns über Ihr entgegengebrachtes Vertrauen!  
Selbstverständlich sind wir gerne bereit, Ihnen beim Ausfüllen dieses  
Heimaufnahmebogens behilflich zu sein!  
Auskünfte und Beratung in unserer Verwaltung



Formular	<b>Heimaufnahme</b>	Seite	Änderungsstand: <b>003</b>
Bearbeiter Andrea Dürr		5 von 6	VII.F 202



Das Zentrum für Betreuung.

## Finanzierung

Name des Bewohners: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

---

Liegt eine rechtliche Betreuung vor  Ja  Nein

Mir als Berufsbetreuer ist bekannt, dass Einkünfte des Betreuten zur Deckung der Heimkosten, innerhalb der Frist nach Rechnungserstellung, einzubringen sind.

### **Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege**

Kann der Eigenanteil selbst getragen werden

Ja  Nein

**Nein**, dann werden wir beim zuständigen Sozialamt eine entsprechende Meldung veranlassen.

### **Vollstationäre Pflege**

Kann der Eigenanteil selbst getragen werden

Ja  Nein

**Nein**, dann werden wir beim zuständigen Sozialamt eine entsprechende Meldung veranlassen.

Folgende Unterlagen müssen eingereicht werden:

- Rentenbescheid
- SEPA-Lastschrift-Vereinbarung zum Einzug der Renten (s. Rückseite)

### **Wichtiger Hinweis:**

**Alleinstehende Heimbewohner müssen, soweit sie keine Unterhaltsverpflichtungen haben, ihr gesamtes Einkommen/Renten i. S. d. Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch zur Deckung der Pflegeheimkosten einsetzen.**

**Anders ist dies bei Ehegatten und Lebenspartnern. Hier wird aus dem gemeinsamen Einkommen ein Einkommenseinsatz bzw. Kostenbeitrag berechnet.**

---

Datum, Unterschrift

Formular	<b>Heimaufnahme</b>	Seite	Änderungsstand: <b>003</b>
Bearbeiter		6 von 6	<b>VII.F 202</b>
Andrea Dürr			



Das Zentrum für Betreuung.

## Einzugsermächtigung und Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren

**Zahlungsempfänger:** *Fink. Das Zentrum für Betreuung*  
*Sonnenhalde 5, 88178 Heimenkirch*

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** *DE28ZZZ00001027083*

**Bewohner/Gast:** \_\_\_\_\_

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

### Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige widerruflich die von uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

### SEPA Lastschriftmandat:

Ich ermächtige „*Fink. Das Zentrum für Betreuung*“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von „*Fink. Das Zentrum für Betreuung*“ gezogenen Lastschriften einzulösen. Wir können 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich „*Fink. Das Zentrum für Betreuung*“ über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift