Diakonisches Werk Bamberg-Forchheim e.V. · Verbund Fränkische Schweiz
Streitberger Berg 16 · 91346 Wiesenttal-Streitberg ·
Telefon 09196/9296-0 · Fax 09196/9296-903
email: verwaltung-tfs@dwbf.de · Internet: www.pflegeoase.de

Diakonie Bamberg-Forchheim

Anmeldung

☐ vollstationäre Pflege, erwünscht ab: ……..

☐ Kurzzeitpflege, erwünscht von …….. bis ……

☐ Verhinderungspflege, erwünscht von …….. bis ……

im Seniorenzentrum

☐ Martin Luther Streitberg ☐ Lindenhof Unterleinleiter ☐ Fränkische Schweiz Ebermannstadt

---

1. Persönliche Angaben

Vor- und Zuname: ..... Geburtsdatum: .....

Geburtsname: ..... Geburtsort: .....

Adresse: ..... ……..…… Tel: ..... ……

Familienstand: ..... Konfession: ..... Gewicht: .....

---

2. Bisher behandelnder Arzt (Hausarzt)

Name: …… Straße, Hausnr: .....

Postleitzahl, Ort: …… Tel.: …… Fax: ……..……

---

3. Ansprechpartner für alle Angelegenheiten?

☐ Bevollmächtigter ☐ Betreuer ☐ Angehöriger, Verwandtschaftsgrad: ……

Name: ……. Telefon + Mobil.: ……

Anschrift: …… email: ……

ggf. weitere Ansprechpartner:……

---

4. Einstufung durch den medizinischen Dienst der Pflegekasse

☐ Pflegegrad 2 (-> Mindestvoraussetzung für die Aufnahme)
☐ Pflegegrad 3
☐ Pflegegrad 4
☐ Pflegegrad 5
☐ keine Einstufung
☐ Einstufung wurde beantragt am .....

---

5. Ihre Pflegekasse

Pflegekasse: ……..……

Anschrift: ……..……

Versichertennummer: ……..……

Antrag auf ☐ stationäre Leistungen ☐ Kurzzeitpflege wurde gestellt? ☐ ja ☐ nein

Wurde in diesem Kalenderjahr bereits Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege in Anspruch genommen?

☐ ja, noch vorhandenes Restbudget: _____ € (bitte ggf. bei Pflegekasse erfragen)

☐ nein

Besteht ein Anspruch auf Beihilfe (z.B. wg. Beamtenstatus)?

☐ ja ☐ nein

Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor?

☐ ja ☐ nein

---

6. Übernahme der Kosten durch das zuständige Sozialamt muss beantragt werden:

☐ nein, Kosten werden selbst aufgebracht.

☐ ja, Antrag auf Kostenübernahme wurde bereits gestellt beim Bezirk: ……

☐ ja, Antrag auf Kostenübernahme wird gestellt beim Bezirk: ……

7**. Ist eine beschützende Unterbringung notwendig?**

☐ nein ☐ ja, Beschluss liegt vor.

☐ ja, Antrag für die Unterbringung wurde bereits beim Amtsgericht …… gestellt.

☐ ja, Antrag für die Unterbringung wird beim Amtsgericht …….. gestellt.

---

8. gewünschtes Zimmer

☐ nur Einzelzimmer ☐ beides, je nach früherer Verfügbarkeit

☐ nur Doppelzimmer

---

9. Information: Die Wäsche wird im Haus gezeichnet und gewaschen.

---

10. Zur Beachtung vor der Heimaufnahme:

……

……

---

11. Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren?

☐ Krankenhaus ☐ Angehörige von Bewohnern im Haus ☐ Bekannte

☐ Zeitung / Mitteilungsblatt ☐ Internet ☐ Sonstiges: ……

…… …… ……

Ort Datum Name, ggf. Unterschrift des Anmeldenden

- Unsere Einrichtungen sind zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 -