

# Otto und Anna Herold-Altersheimstiftung

Johann-Rudolph-Glauber-Str. 26,  
97753 Karlstadt

Telefon: (0 93 53) 983-100  
Telefax: (0 93 53) 983-699  
Email: herold-stiftung@kkh-msp.de



## **CHECKLISTE - WARTELISTE**

### **zur Aufnahme auf die WARTELISTE:**

#### ***Pflegeheim-Altenheim- Kurzzeit- und Verhinderungspflege***

***Zur Aufnahme auf unsere Warteliste benötigen wir:***

**(nur mit vollständigen Unterlagen ist der Eintrag in die  
Warteliste möglich!)**

- ✓ Aufnahmeantrag
- ✓ Ärztlicher Fragebogen
- ✓ Rentenbescheide, bzw. Einkommensbescheide  
und Vermögensnachweise
- ✓ Bescheid der Pflegekasse über Pflegegrad
- ✓ Geburtsurkunde (ledig) oder Heirats- bzw.  
Sterbeurkunde vom Ehegatten
- ✓ Patientenverfügung (Kopie)
- ✓ Betreuerausweis/Schreiben
- ✓ Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht

## **CHECKLISTE - HEIMAUFNAHME**

### **Zur Aufnahme in UNSERE EINRICHTUNG benötigen wir:**

- ✘ gekennzeichnete Wäsche (nur waschbare und trocknerfeste Kleidung - wird auf Wunsch vom Haus gekennzeichnet)
- ✘ Versichertenkarte der Krankenkasse, bzw. Befreiungskarte
- ✘ Gezeichneten Zahnbecher, Zahnbürste und Seifenschale

(Für den beschützenden Wohnbereich: alle persönlichen Gebrauchsgegenstände wie z.B. Gürtel, Schuhe usw.)

- ✘ Nachweis über Befreiung von Rezeptgebühren  
ja       nein
- ✘ Betreuerausweis  
ja       nein
- ✘ Schwerbehindertenausweis  
ja       nein
- ✘ Sozialhilfeantrag  
ja       nein

***Die Aufnahme von neuen Bewohnern erfolgt in der Zeit von  
12:30 Uhr bis 13:00 Uhr.  
(Wenn möglich, in Begleitung eines Angehörigen)***

*Vielen Dank für Ihre Unterstützung.  
Ihre Einrichtungsleitung*





# Aufnahmeantrag



Joh.-Rud.-Glauber-Str. 26 97753 Karlstadt

Tel. (09353) 983 - 100

Fax (09353) 983 - 699

Email: [herold-stiftung@klinikum-msp.de](mailto:herold-stiftung@klinikum-msp.de)

[www.heroldstiftung.de](http://www.heroldstiftung.de)

- Altenheim**                       **Kurzzeitpflege**  
 **Pflegeheim**                       **Tagespflege**  
 **beschützender Wohnbereich**

## Gewünschte Art der Unterbringung

- Einzelzimmer                       Doppelzimmer

**Nachname:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsname:** \_\_\_\_\_

## Persönliche Daten:

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ zuletzt ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Ist bei Ihnen eine  
Konfession: \_\_\_\_\_ Schwerbehinderung vorhanden?  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ wenn ja, \_\_\_\_\_ %  
Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_ Besitzen Sie einen Schwerbehinderten-  
Ausweis?  
 ja, gültig bis \_\_\_\_\_  nein

**Bisheriger Wohnort:** Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
(Hauptwohnsitz) PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**derzeitiger Aufenthalt:** Krankenhaus/Einrichtung: \_\_\_\_\_  
(nur ausfüllen, wenn keine Über- Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
stimmung mit Wohnort) PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

## Angehörige:

	Angehörige(r)/Ansprechpartner für unsere Einrichtung	Angehörige(r)	Angehörige(r)
Name, Vorname:	_____	_____	_____
Straße, Hausnr.:	_____	_____	_____
PLZ, Ort:	_____	_____	_____
Telefon (privat):	_____	_____	_____
Telefon (dienstl.):	_____	_____	_____
Verwandtschafts- verhältnis:	_____	_____	_____

**Krankenkasse:** gesetzlich privat

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Versicherungsnr.:** \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Rezeptgebührenbefreiung vorhanden?** ja, seit \_\_\_\_\_  nein**Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft?** ja nein

bestehender Pflegegrad? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Einstufungs-/Höherstufungsantrag gestellt?  ja, am: \_\_\_\_\_  neinBeihilfeberechtigung?  ja  nein**Bisheriger Hausarzt:****neuer Hausarzt: (Heroldstiftung)**Name d. Arztes/Praxis: \_\_\_\_\_  Dr. Beetz  Dr. Hafner  Dr. Gehrsitz/BeckAnschrift: \_\_\_\_\_  Dr. Reiss  Dr. Hirsch  Dr. Jovnerovski Dr. Kromczynski/Dr. Glück  \_\_\_\_\_Telefon: \_\_\_\_\_  Dr. Velhorn/Dr. Jagusch  \_\_\_\_\_**Bisheriger Zahnarzt:****Weiterbehandlung geklärt?**

Name d. Arztes/Praxis: \_\_\_\_\_

 ja  nein

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Ist die Behandlung durch einen ortsansässigen Zahnarzt gewünscht?**

Telefon: \_\_\_\_\_

 ja und Name des Zahnarztes: \_\_\_\_\_**Von wem werden die Heimkosten getragen?** Heimbewohner Angehörige(r) Name: \_\_\_\_\_ Sozialhilfe

Sozialhilfeantrag gestellt bei: \_\_\_\_\_

Sozialhilfeantrag wird noch gestellt:  ja  nein**Ist eine amtlich/richterlich angeordnete Betreuung vorhanden?** ja, seit \_\_\_\_\_ Amtsgericht: \_\_\_\_\_  nein

Name/Adresse: \_\_\_\_\_

**Private Vollmacht/en:**  ja  nein

Name/Adresse: \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung vorhanden?** ja nein**Sonstiges:**

Bestattungsinstitut: \_\_\_\_\_

Gewünschte/geplante Ruhestätte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/Betreuers