

Volkssolidarität Schlossresidenz Glaubitz gGmbH
01612 Glaubitz • Zum Heim 3

Zimmernr.: _____
Aufn.Datum: _____

Zum Heim 3
01612 Glaubitz
Telefon: (03 52 65) 64 97 11
Telefax: (03 52 65) 64 97 32
E-Mail:
schlossresidenz-
glaubitz@volkssolidaritaet.de

Sparkasse Meißen
BIC: SOLADES1MEI
IBAN: DE15850550003033031896

Steuernummer: 209/124/00132

Mitglied im PARITÄTischen

Anmeldung zur Heimaufnahme in die Volkssolidarität Schlossresidenz Glaubitz gGmbH

1. Name (bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben) _____

2. Vorname _____

3. Wohnung _____
(Straße und Haus-Nr.)

(Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)

4. Derzeitiger Aufenthalt: _____
(Straße und Haus-Nr.)

(Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)

(Name des Krankenhauses, des Heimes oder der Anstalt)

5. Geburtsdaten am _____ Geburtsort: _____

6. Familienstand _____

7. Konfession _____

8. Staatsangehörigkeit _____

9. Pflegegrad _____

10. Krankenkasse (Name, Mitglieds-Nr.) _____

11. Rentenversicherungsnummer _____

12. Name des Hausarztes _____
(Name) (Telefonnummer)

(Anschrift)

13. Monatliches Einkommen _____
(nach heutigem Stand) (Art des Einkommens) (Betrag EUR)

14. Kostenträger (Zutreffende Zeilen bitte ankreuzen x).

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

☐ das oben angeführte monatliche Einkommen

☐ Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)

☐ das zuständige Sozialamt *) in _____

*) Die Kostenverpflichtungserklärung

☐ liegt bei

☐ folgt in den nächsten Tagen

☐ muss noch beantragt werden

☐ ist beantragt am _____

15. Betreuer

(Name, Vorname)

(Telefonnummer)

(Anschrift)

oder
Bevollmächtigter

(Name, Vorname)

(Telefonnummer)

(Anschrift)

16. Angehörige

a) _____
(wie verwandt?)

(Name, Vorname)

(Telefonnummer)

(Anschrift)

b) _____
(wie verwandt?)

(Name, Vorname)

(Telefonnummer)

(Anschrift)

c) _____
(wie verwandt?)

(Name, Vorname)

(Telefonnummer)

(Anschrift)

17. Gewünschte Unterbringung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Einzelzimmer

☐ Doppelzimmer

18. Termin (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?) _____

19. Hinweise (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ ist verwirrt
- ☐ ist inkontinent
- ☐ läuft weg *)
- ☐ ist aggressiv
- ☐ Stoma
- ☐ Untergewicht

- ☐ Infektionen
- ☐ Katheter
- ☐ läuft nicht weg
- ☐ ist ruhig
- ☐ Tracheostoma
- ☐ Übergewicht

- ☐ multiresistente Keime
- ☐ Lähmungen
- ☐ Künstliche Ernährung

*)Für Menschen mit Hinlauf- bzw. Weglauftendenzen empfehlen wir die Unterbringung in einer geeigneten Einrichtung mit „beschützendem“ ggf. geschlossenen Bereich. Gerne beraten wir Sie zu diesem Thema.

20. Die Kopien folgender Dokumente sind beizufügen:

- ☐ Bescheid der Pflegekasse zum aktuellen Pflegegrad,
- ☐ Rentenbescheid,
- ☐ SEPA-Lastschriftmandate,
- ☐ Eidesstattliche Erklärung,
- ☐ Ärztliches Gutachten,
- ☐ Vorsorgevollmacht,
- ☐ Patientenverfügung,
- ☐ Betreuerausweis

21. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Wünschen Sie eine Eingangsbestätigung? Wenn ja, auf welchem Wege?

Kopie per Post ☐

E-Mail ☐

Telefonanruf ☐

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
/Bevollmächtigten/Betreuers

SEPA-Lastschriftmandat

VOLKSSOLIDARITÄT
Schlossresidenz Glaubitz gGmbH
01612 Glaubitz • Zum Heim 3



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 77 HGL 00000040778

Mandatsreferenz (Debitoren-Nr.): _____

Vorname und Name (Kontoinhaber/Zahler)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die **Volkssolidarität Schlossresidenz Glaubitz gGmbH**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **Volkssolidarität Schlossresidenz Glaubitz gGmbH** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut des Zahlers (Name und BIC)

IBAN: D E __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Diese Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s

SEPA-Lastschriftmandat

Anker Apotheke
Hauptstr. 80
01587 Riesa



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 94 ZZZ 00000326913

Mandatsreferenz (Debitoren-Nr.): _____

Vorname und Name (Kontoinhaber/Zahler)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die **Anker Apotheke**,
Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich
mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **Anker Apotheke**
auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die
Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut
vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut des Zahlers (Name und BIC)

IBAN: D E __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Diese Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s

SEPA-Lastschriftmandat

Dienstleistungs- und Handels GmbH Gröditz
Friseursalon Chic
Bahnhofstr. 10
01619 Zeithain



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 2822250755677

Mandatsreferenz (Debitoren-Nr.): _____

Vorname und Name (Kontoinhaber/Zahler)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die **Dienstleistungs- und Handels GmbH Gröditz**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **Dienstleistungs- und Handels GmbH Gröditz** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut des Zahlers (Name und BIC)

IBAN: D E __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Diese Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s

SEPA-Lastschriftmandat

Kleine Auszeit
Inh. Steffi Weber
Kostebrauer Str. 1B
01987 Schwarzheide



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 03 ZZZ 00000127955

Mandatsreferenz (Debitoren-Nr.):

Vorname und Name (Kontoinhaber/Zahler)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen das **Vitalis Kosmetikinstitut**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **Vitalis Kosmetikinstitut** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut des Zahlers (Name und BIC)

IBAN: D E __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Diese Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s

Eidesstattliche Versicherung

VOLKSSOLIDARITÄT
Schlossresidenz Glaubitz gGmbH
01612 Glaubitz • Zum Heim 3



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 77 HGL 00000040778

Mandatsreferenz (Debitoren-Nr.): _____

Vorname und Name (Kontoinhaber/Zahler)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Eidesstattliche Erklärung zur Kontendeckung

Ich versichere eidesstattlich, dass das von mir unten angegebene Konto

- kein P-Konto (Pfändungsschutzkonto) ist,
- immer ausreichend gedeckt ist, die monatlichen Heimkosten zu begleichen,

Bei Säumigkeit mangels Kontodeckung begleiche ich den Betrag durch Überweisung oder Zahlung in bar innerhalb einer Frist von 15 Tagen nach Zugange der Rechnung.

Kreditinstitut des Zahlers (Name und **BIC**)

IBAN: D E __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Diese Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s

PLZ, Ort , Datum	
Auskunft erteilt	
Telefon-Nr.	Fax-Nr.
Aktenzeichen	

Ärztliches Gutachten zur Feststellung einer Behinderung im Rahmen

☐ eines Einzugs in ein Alten- und Pflegeheim

☐ Untersuchung zum fortlaufenden Aufenthalt
in einem Alten- und Pflegeheim

Zur Prüfung der Voraussetzung für den Einzug bzw. das weitere Wohnen in einem Alten- und Pflegeheim werden Sie um Abgabe eines Gutachtens für die/den Hilfesuchende(n) /Hilfeempfänger(in) gebeten:	
Name, Vorname (n)	
Geburtsort	Geburtsdatum
Anschrift	

Gründe für den Einzug bzw. den fortlaufenden Aufenthalt in einem Alten- und Pflegeheim nach Angaben des/der Hilfesuchenden / Hilfeempfängers(in)

Status (Diagnose – siehe auch Rückseite)

Ansteckende Krankheiten

Personen, die in ein Alten- und Pflegeheim einziehen, müssen vor oder unverzüglich nach ihrem Einzug durch ärztliches Zeugnis nachweisen, dass bei ihnen eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane nicht vorliegt. Um sicherzugehen, dass neu einziehende Heimbewohner dieser Pflicht nachkommen, empfiehlt es sich, eine Durchschrift oder Fotokopie eines ärztlichen Zeugnisses diesem Fragebogen beizulegen.

Der / Die Hilfesuchende ☐ leidet nicht an ansteckenden Krankheiten ☐ leidet an folgenden ansteckenden Krankheiten (insbesondere

Tbc):

Besondere Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Leiden, wegen dem dauernde Pflegebedürftigkeit besteht

--

Der / Die Hilfesuchende / Hilfeempfänger(in) benötigt fremde Hilfe bei folgenden Verrichtungen des täglichen Lebens bei / beim

	zeitweise	ständig	nicht
An- und Auskleiden.....	☐	☐	☐
Aufstehen aus dem Bett oder von einer Sitzgelegenheit	☐	☐	☐
Gehen und Treppensteigen.....	☐	☐	☐
Waschen und sonstige Körperpflege..... (Art:.....)	☐	☐	☐
Baden.....	☐	☐	☐
Essen.....ggfs. Handreichungen (.....)	☐	☐	☐
Toilettenbenutzung.....	☐	☐	☐
Anlegen oder Benutzen orthopädischer oder anderer Hilfsmittel	☐	☐	☐
Verlassen des Hauses oder der Wohnung	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐

Der / Die Hilfesuchende / Hilfeempfänger(in)

ist bettlägerig.....	☐	☐	☐
kann das Haus - die Wohnung nicht verlassen.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐
ist zu einer Person orientiert.....	☐	☐	☐
lässt unter sich ☐ Urin ☐ Stuhl	☐	☐	☐
ist krankheitsuneinsichtig und sieht die Notwendigkeit medikamentöser Behandlung nicht ein	☐	☐	☐

Medikamentöse Behandlung

Der / Die Hilfesuchende / Hilfeempfänger(in) muss ☐ keine Medikamente einnehmen ☐ folgende Medikamente einnehmen

Beurteilung

Der / Die Hilfesuchende / Hilfeempfänger(in) ist ☐ so hilflos ☐ nicht so hilflos
dass er / sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens

☐ für☐☐☐☐☐☐ erheblichen ☐ außergewöhnlichem Umfang der Wartung und Hilfe durch Dritte bedarf;

☐ vorübergehend ☐ dauernd - in angemessenem Umfang der Wartung und Pflege durch Dritte bedarf.

Die Aufnahme in ein ☐ Heim ist nicht erforderlich. ☐ in ein Alten- und Pflegeheim ist erforderlich.

Der Verbleib im ☐ Alten- und Pflegeheim ist nicht erforderlich

Der / Die Hilfesuchende / Hilfeempfänger(in) ☐ bedarf der Bewahrung ☐ bedarf nicht der Bewahrung.

Bewahrung bedeutet ständige Überwachung, um zahlreiche täglich wiederkehrende zur Selbsterhaltung notwendige Verrichtungen auszuführen, die sonst nicht ausgeführt würden. Bewahrung verlangt also eine bestimmte Sonderleistung einer Pflegeperson gegenüber dem Pflegebedürftigen.

.....

Ort,

Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes