

Bodelschwingh-Heim Weinheim	Qualitätsmanagementhandbuch „Anmeldebogen des Bodelschwingh-Heims gGmbH“ Dok 115	Geltungsbereich Verwaltung
--	--	---------------------------------------

Bodelschwingh-Heim
Am Schloßpark
 gemeinnützige Gesellschaft mbH
 Bodelschwinghstraße 2, 69469 Weinheim
 ☎ 06201/94 61-0 ✉ belegung@bodelschwingh-heim.de

Anmeldung zur (bitte zutreffendes ankreuzen)

☐ Heimaufnahme gewünschte Aufnahme ab _____

☐ Kurzzeitpflege von _____ bis _____

in Einzelzimmer-Appartement ☐
 Doppelzimmer ☐
 Komfortpflegewohnen ☐

Vorsorge (Warteliste) ☐

Personendaten

 Name Vorname Geburtsname

 Straße PLZ/Ort Telefon/Fax

 Mobiltelefon E-Mail Geburtsdatum

 Geburtsort derzeitiger Aufenthaltsort (z.B. KH)

 Staatsangehörigkeit Konfession Familienstand:
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Ärzte/Ärztin

Hausarzt/Hausärztin

 Arzt/Ärztin Name Adresse/PLZ/Ort

Zahnarzt/Zahnärztin

 Arzt/Ärztin Name Adresse/PLZ/Ort

Hautarzt/Hautärztin

 Arzt/Ärztin Name Adresse/PLZ/Ort

Neurologe/Neurologin

 Arzt/Ärztin Name Adresse/PLZ/Ort

☐ Urologe*in ☐ Gynäkologe*in ☐ sonstige behandelnde Ärzt*innen:

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstatus	Datum	Seite 1
GF	QMB	1	20.05.2025	gesamt 2

Krankenkasse/Pflegekasse

Name _____ Versicherungsnummer _____

Zuzahlungsbefreiung ☐ ja (Kopie) ☐ nein

Kein Pflegegrad ☐ Pflegegrad liegt vor ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (Kopie)

Pflegegrad beantragt ☐ ja ☐ nein Höherstufung beantragt ☐ ja ☐ nein

Rechnungsempfänger

Name/Vorname _____ Adresse/PLZ/Ort _____

Betreuung/Vollmachten Patientenverfügung ☐ ja (Kopie) ☐ nein

☐ ja (Kopie) Betreuung ist beantragt ☐ ja ☐ nein, wenn ja, zuständiges Amtsgericht: _____

Name _____ Vorname _____ Straße _____

PLZ/Ort _____ Telefon/Fax _____ Mobiltelefon/E-Mail _____

☐ ja (Kopie) Betreuung ist beantragt ☐ ja ☐ nein, wenn ja, zuständiges Amtsgericht: _____

Angehörige bzw. Kontaktpersonen

a) Name _____ Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
 Straße _____ PLZ/Ort _____ Telefon/Fax _____
 Mobiltelefon _____ E-Mail _____ ☐ Benachrichtigung auch nachts

b) Name _____ Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
 Straße _____ PLZ/Ort _____ Telefon/Fax _____
 Mobiltelefon _____ E-Mail _____ ☐ Benachrichtigung auch nachts

c) Name _____ Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
 Straße _____ PLZ/Ort _____ Telefon/Fax _____
 Mobiltelefon _____ E-Mail _____ ☐ Benachrichtigung auch nachts

Einwilligung nach Art 6 (1) a) DS-GVO

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die von mir angegebenen personenbezogenen Daten von der Bodelschwingh-Heim gGmbH für den Fall der Heimaufnahme sowohl elektronisch, als auch in Papierform aufbewahrt und verarbeitet werden.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden (**Widerrufsrecht nach Art 6 (3) DS-GVO**).

Datum/Ort _____ Unterschrift _____
☐ Angehöriger
☐ Betreuer*in
☐ Bevollmächtigte*r

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstatus	Datum	Seite 2
GF	QMB	1	20.05.2025	gesamt 2