

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:

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

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

Ärztlicher Fragebogen

Frau/Herr Dr. _____

Personendaten

Name Vorname Geburtsdatum

Pflegerrelevante Informationen

- ☐ Wunden: _____ Sturzneigung ☐ ja ☐ nein
- ☐ Diagnose zu chronischen Schmerzen: _____
- ☐ Fraktur: _____
- ☐ Amputation, wo: _____

Infektionserkrankungen (meldepflichtig): HIV ☐ ja ☐ nein Hepatitis ☐ ja ☐ nein Lungen-TBC ☐ ja ☐ nein

Multiresistente Keime: _____

☐ **Demenz:** _____

Angabe zur Orientierung	uneingeschränkt	eingeschränkt	desorientiert
Zur Person	☐	☐	☐
Zur Zeit	☐	☐	☐
Zum Ort	☐	☐	☐
Zur aktuellen Situation	☐	☐	☐
Angabe zum Verhalten	☐ tags unruhig	☐ nachts unruhig	☐ depressiv

Besondere medizinische Bedarfslagen und Therapien

(z.B. trans. oder supra. Dauerkatheter, Stoma, PEG, Port, Tracheostoma, Beatmung, Dialyse, palliative Versorgung, ggf. freiheitsentziehende Maßnahmen etc.)

****Diagnosen bitte als Kopie anhängen, sowie den aktuellen Medikamentenplan mit Unterschrift****

Datum/Ort

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin

Bodelschwingh-Heim Weinheim	Qualitätsmanagementhandbuch „Pflegerisch relevante Diagnosen“ Dok. 112	Geltungsbereich Verwaltung
--	--	---------------------------------------

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

Pflegerisch relevante Informationen

für Frau/Herrn _____

Liegen bei Ihrem Angehörigen folgende Merkmale vor:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Weglauf-/Hinlauff Tendenz (z.B. bei Demenz) | ☐ ja | ☐ nein |
| 2. Eigen- oder Fremdgefährdung | ☐ ja | ☐ nein |
| 3. Herausforderndes Verhalten (z.B. lautes Rufen/Schreien, Aggression etc.) | ☐ ja | ☐ nein |
| 4. Künstliche Beatmung (mit Beatmungsmaschine) | ☐ ja | ☐ nein |
| 5. Tracheostoma-Versorgung | ☐ ja | ☐ nein |
| 6. Ernährung über Port | ☐ ja | ☐ nein |
| 7. Körpergröße über 2m | ☐ ja | ☐ nein |
| 8. Körpergewicht über 120 kg | ☐ ja | ☐ nein |
| 9. Wunden (inkl. professioneller Wundversorgung) | ☐ ja | ☐ nein |
| 10. Dekubitus/Ulcus cruris (inkl. professioneller Wundversorgung) | ☐ ja | ☐ nein |
| 11. Suchterkrankungen (Drogen-, Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit etc.) | ☐ ja | ☐ nein |

Mit meiner Unterschrift (Angehörige/Betreuer*in/Bevollmächtigte) bestätige ich die Richtigkeit oben genannter Angaben.

Datum/Ort

Unterschrift

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstatus	Datum	Seite 1
GF	QMB	0	03.04.2025	gesamt 1

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

Checkliste Finanzierung – Haben Sie sich schon Gedanken gemacht?

Mit dem Abschluss eines vollstationären Heimvertrages entstehen finanzielle Belastungen. Bitte prüfen Sie daher, ob die Leistungen der Pflegekasse, Ihr Einkommen und ggf. vorhandenes Vermögen zur Bezahlung der monatlichen Heimkosten ausreichen.

Ist dies nicht der Fall, ist eine Antragsstellung beim zuständigen Sozialamt für die Übernahme der ungedeckten Heimkosten notwendig.

Hierzu bitten wir Sie die **nachfolgenden Informationen auszufüllen** und mit allen weiteren **Anmeldeunterlagen bei uns abzugeben**.

Name/Vorname Interessent*in: _____

Kostenträger

Selbstzahler ☐ ja ☐ nein Antrag auf Sozialhilfe ☐ ja (Kopie) ☐ nein Bescheid liegt vor ☐ ja (Kopie) ☐ nein

wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig? _____

Hinweis: Appartement- und Komfortzuschlag werden vom Sozialamt nicht übernommen und müssen eigenfinanziert werden.

Voraussichtliche Einnahmen (monatlich)

Rente/Pension (Kopien) _____ €

Weitere laufende Einnahmen (z. B. aus Vermietungen, Sozialleistungen) _____ €

Voraussichtliche Ausgaben (monatlich)

Laufende finanzielle Verpflichtungen nach der Heimaufnahme (z. B. Miete) _____ €

Weitere Ausgaben (z. B. Frisör, Fußpflege, persönlicher Bedarf, Zuzahlungen für Rezepte oder Medikamente etc.) _____ €

Für den Fall, dass die laufenden monatlichen Ausgaben zzgl. der Gesamtkosten des Heimaufenthalts Ihre Einnahmen überschreiten sollten, bitten wir Sie darum, auch die folgenden Angaben zu machen.

Vermögen (Nachweis erforderlich)

Barvermögen (z. B. Finanzstatus Übersicht, Girokonto, Sparbuch, Wertpapiere) _____ €

Beschreibung:

Weiteres Vermögen (z. B. Wohnung, Haus) _____ €

Beschreibung:

Datum/Ort _____

Unterschrift _____

- ☐ Angehöriger
☐ Betreuer*in
☐ Bevollmächtigte*r