



 **Seniorenzentrum**  
St. Barbara



 **Seniorenzentrum**  
Haus Heimberg

## Wichtiger Hinweis

**Bitte unbedingt beachten!**

Erst nach Vorlage aller u.g. Unterlagen kann über die Aufnahme in eines unserer Seniorenzentren entschieden werden. Die notwendigen Unterlagen senden Sie bitte vorab unbedingt vollständig ausgefüllt und unterschreiben an uns zurückschicken.

**(Per Post oder per E-Mail an: [verwaltung.hhb@bbtgruppe.de](mailto:verwaltung.hhb@bbtgruppe.de))**

**Folgende Unterlagen sind vor der Aufnahme in eines unserer Seniorenzentren vorzulegen:**

- Beschluss über die Betreuung nach dem Betreuungsrecht bzw. Vorsorgevollmacht (**zwingend notwendig**)
- Antrag zur Heimaufnahme (**muss vor Aufnahme schriftlich vorliegen**)
- Ärztlicher Fragebogen inkl. Medikamentenplan – ausgefüllt und unterschrieben vom behandelnden Hausarzt (**muss vor Aufnahme schriftlich vorliegen**)
- aktueller Personalausweis in Kopie
- Krankenversicherungskarte im Original für die Pflegebereiche
- Bescheid der Pflegekasse über die Einstufung des Pflegegrades sowie bei Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege Bestätigung der Kostenübernahme
- Bescheid über Sozialhilfe – sofern vorhanden
- Zuzahlungsbefreiung für gesetzlich Versicherte (**Befreiungskarte**) – sofern vorhanden
- Patientenverfügung – sofern vorhanden
- Nachweis über „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ vom Vormundschaftsgericht – sofern erforderlich

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung.  
Ihre Heimverwaltung



Seniorenzentrum  
St. Barbara



Seniorenzentrum  
Haus Heimberg

## Antrag zur Aufnahme

### Gewünschtes Seniorenzentrum (Mehrfachnennung möglich)

- Haus Heimberg in Tauberbischofsheim       St. Barbara in Grünsfeld

### Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Derzeitiger Aufenthaltsort

- Krankenhaus       Reha       zu Hause       andere Einrichtung

### Gewünschte Betreuungsform

Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Verhinderungspflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wurde in diesem Jahr bereits Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege in Anspruch genommen?

- nein       ja, \_\_\_\_\_ Tage – *bitte unbedingt Nachweis der Pflegekasse hinzufügen!*

Vollstationäre Pflege ab \_\_\_\_\_

Tagespflege ab \_\_\_\_\_

### Amtliche Betreuung?

- ja       nein       beantragt

### Einstufung durch den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) in einen Pflegegrad

- ja, in Pflegegrad \_\_\_\_\_       nein       beantragt

### Falls ja, Höherstufung beantragt?

- ja, am \_\_\_\_\_       nein

### Rezeptgebührenbefreiung

- ja, gültig bis: \_\_\_\_\_       nein



 **Seniorenzentrum**  
St. Barbara



 **Seniorenzentrum**  
Haus Heimgberg

### Krankenkasse

- gesetzlich       privat       Selbstzahler

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

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

### Sozialamt

Name des Amtes: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

*Bitte unbedingt den Nachweis des Amtes beifügen, wenn Sie Hilfe zur Leistungen der Pflege (Sozialhilfe) erhalten!*

### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

### 1. Ansprechpartner\*in (= Rechnungsempfänger\*in)

Angehörige\*r (Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_ )

rechtliche\*r Betreuer\*in       Bevollmächtigte\*r

Name: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

(Mobil-)Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### 2. Ansprechpartner\*in

Angehörige\*r (Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_ )

rechtliche\*r Betreuer\*in       Bevollmächtigte\*r

Name: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

(Mobil-)Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_



 **Seniorenzentrum**  
St. Barbara



 **Seniorenzentrum**  
Haus Heimberg

**Kostenträger** – Die Heimkosten werden getragen durch:

- das oben aufgeführte Einkommen
- Zuzahlungen aus dem Vermögen (Sparbuch)
- das zuständige Sozialamt

**Dokumente (in Anlage beifügen)**

- Patientenverfügung
- General-/Vorsorgevollmacht

**Über die anfallenden Heimkosten wurde ich informiert und entsprechend beraten (siehe Anlagen).**

Für mitgebrachte Brillen oder Hörgeräte kann bei Verlust oder Beschädigung keine Haftung übernommen werden.

Vor jeder Aufnahme muss der ärztliche Fragebogen vorliegen. Jeder Aufnahmetermin bedarf einer bestätigten schriftlichen Zusage. Wir weisen darauf hin, dass im Anschluss an die Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege nicht ohne weiteres die vollstationäre Pflege in Anspruch genommen werden kann. Dieses bedarf der vorherigen Zusage.

**Hiermit melde ich mich verbindlich an. Gewünschtes Aufnahmedatum:** \_\_\_\_\_

Ort , Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**ACHTUNG:**

Die verbindliche Aufnahme hängt von der Vollständigkeit und Prüfung der eingereichten Unterlagen ab.  
Bitte füllen Sie daher die **Unterlagen vollständig** aus. Herzlichen Dank.

Denken Sie bitte auch an die notwendigen **Ummeldungen**, sofern Sie dauerhaft ins Seniorenzentrum ziehen.  
Ändern Sie bitte Ihren **Erstwohnsitz** zu Grünsfeld oder Tauberbischofsheim.



 **Seniorenzentrum**  
St. Barbara



 **Seniorenzentrum**  
Haus Heimb erg

# Ärztlicher Fragebogen

## Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
<b>Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim ... Gehen?</b>				
... Treppensteigen				
... Essen				
... Waschen				
... Ankleiden				
... Frisieren/Rasieren				
... Aufstehen (aus dem Bett)				
... zu Bett Gehen				
... Benutzen der Toilette				
<b>Ist der/die Patient/in ... zeitlich desorientiert?</b>				
... örtlich desorientiert				
... persönlich desorientiert				
... situativ desorientiert				
... bettlägerig				
<b>Treten nachts Unruhezustände auf?</b>				
<b>Liegt Inkontinenz vor?</b>				
Stuhlinkontinenz				
Harninkontinenz				

wenn ja, in Form von:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stress-/Belastungsinkontinenz      | <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz           | <input type="checkbox"/> Mischinkontinenz                     |
| <input type="checkbox"/> unkatégorisierbare Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> extraurethrale Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz bei chron. Harnretention |



**Seniorencentrum**  
St. Barbara



**Seniorencentrum**  
Haus Heimberg

### Besteht eine körperliche Behinderung?

- nein
- ja, in Form von: \_\_\_\_\_

### Bestehen ansteckende Krankheiten? (bitte genau bezeichnen)

- MRSA       HIV       Hepatitis       VRE       TBC
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### Diagnosen (bitte in Blockschrift):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  ausführliches Diagnoseblatt mit Arztunterschrift liegt bei

### Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  aktueller Medikamentenplan mit Arztunterschrift liegt bei

### Ist Diät-/ Schonkost erforderlich? (wenn ja, bitte Körpergröße \_\_\_\_\_ cm und Gewicht \_\_\_\_\_ kg angeben)

- nein
- ja, in Form von: \_\_\_\_\_

### Insulinpflichtige\*r Diabetiker\*in?      ja      nein

### Allergien?      ja, gegen: \_\_\_\_\_      nein

Weitere Hinweise (Bypass, Herzschrittmacher ... ): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Covid-19 Impfung?     ja       nein      Datum der letzten Impfung \_\_\_\_\_  
Impfstoff \_\_\_\_\_

### Hinlauftendenz / Weglauftendenz?    ja      nein

Diese Informationen beruhen auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort , Datum \_\_\_\_\_ Stempel + Unterschrift \_\_\_\_\_



 **Seniorenzentrum**  
St. Barbara



 **Seniorenzentrum**  
Haus Heimberg

# Ärztliche Erklärung

## Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

In unseren Seniorenzentren

- Haus Heimberg, Am Heimbergsflur 12, 97941 Tauberbischofsheim
- St. Barbara, Leuchtenbergstraße 22, 97947 Grünsfeld

besteht **freie Arztwahl!**

Die **ärztliche Betreuung** für die Dauer des Heimaufenthalts wird durch folgende\*n Ärztin/Arzt sichergestellt:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner\*in bzw. Bevollmächtigte\*r



 **Seniorenzentrum**  
St. Barbara



 **Seniorenzentrum**  
Haus Heimb erg

## Packliste für den Einzug

Wenn Sie in eines unserer Seniorenzentren kommen, möchten wir, dass Sie bestmöglich ausgestattet sind und es Ihnen an nichts fehlt. Daher bringen Sie bitte Folgendes bei Ihrem Einzug mit:

### ○ **Kleidung und Schuhe**

- Waschmaschinenwaschbare Oberbekleidung ohne Wollanteil
- Strickjacke ohne Wollanteil sowie Jacke bzw. Mantel (nach Rücksprache mit der Stationsleitung)
- komplette Garnituren Unterwäsche (bitte auf die Größe achten)
- jeweils paarige Strümpfe bzw. Strumpfhosen
- Nachthemden bzw. Schlafanzüge
- Morgen- oder Bademantel
- Hausschuhe für Sommer oder Winter (auf Sicherheit achten) sowie feste Schuhe / Sandalen

Die mitgebrachte Kleidung muss beim Einzug **frisch gewaschen und in gutem Zustand** sein!  
Sie wird in unseren Seniorenzentren **gekennzeichnet**.

**Achtung:** Wir bitten, darauf zu achten, dass die Kleidung in Großwaschanlagen gewaschen werden kann und für den Trockner geeignet ist (ohne Wollanteil). Für eventuelle Beschädigungen an von dieser Norm abweichenden Kleidungsstücken kann vom jeweiligen Seniorenzentrum keine Haftung übernommen werden. Waren aus Wolle oder anderen tierischen Fasern bedürfen grundsätzlich der chemischen Reinigung und werden nicht angenommen.

○ **Pflegeartikel** wie z. B. Zahnputzutensilien, Zahnprothesen und -reinigungsmittel, Kamm / Bürste, Rasierapparat, Duschgel, Shampoo, Cremes, Lotionen ...

○ **benötigte Medikamente** in der Originalverpackung mit Beipackzettel

○ **ärztlich verordnete Materialien / Geräte**

hierzu zählen vorhandenes Inkontinenzmaterial, Stomabeutel, Insulinpen, Blutzucker-Messgerät etc.

○ **vorhandene Hilfsmittel** wie Brille, Hörgerät mit Batterien, Gehstock / Krücke, Rollator, Rollstuhl ...

○ **persönliche Gegenstände** (bspw. Fotoalben, Bilder, Lieblingsbücher)

○ **wichtige Dokumente** wie Versichertenkarte der Krankenkasse und Impfpass;  
je nach Bedarf Schwerbehinderten-Ausweis, Allergie-Ausweis, Diabetiker-Ausweis, Herzschrittmacher-Ausweis, Marcumar-Ausweis u. a.