Aufnahmeantrag der Senioreneinrichtungen

Gewünschte Senioreneinrichtung

- O Altenheim Öhringen
- O Altenheim Krautheim
- O Seniorenzentrum Neuenstein
- O Seniorenzentrum Dörzbach
- O Seniorenzentrum Forchtenberg
- O St. Barbara Grünsfeld
- O Seniorenzentrum Schöntal
- O Seniorenzentrum Waldenburg
- O Haus Heimberg Tauberbischofsheim

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtsname: _____ Geburtstag: _____

Geburtsort: _____ Konfession: _____

Familienstand: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Derzeitiger Aufenthaltsort

- O Krankenhaus
- O Reha
- O Familienangehörige*r
- O zu Hause
- O andere Einrichtung
- O sonstiges: _____

Gewünschte Betreuungsform

- O Kurzzeitpflege von _____ bis _____
- O Verhinderungspflege von _____ bis _____

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

- O nein
- O ja, _____ Tage – bitte unbedingt Nachweis der Pflegekasse hinzufügen
- O Vollstationäre Pflege ab _____

Einstufung durch den MD (Medizinischer Dienst) in einen Pflegegrad

- O ja, in Pflegegrad _____
- O nein
- O beantragt (wann _____)
- O Höherstufung beantragt

Krankenkasse

- O gesetzlich
- O privat
- O Selbstzahler*in

Name der Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Rezeptgebührenbefreiung / Zuzahlungsbefreiung – bei vollstationärem Aufenthalt: Legen Sie bitte, wenn vorhanden diese vor. Nur bei Vorlage, kann diese auch berücksichtigt werden.

BBT-Gruppe

Angehörige / Zugehörige

1)
Name: _____ Zugehörigkeit: _____
Vorname: _____
Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
E-Mail: _____

2)
Name: _____ Zugehörigkeit: _____
Vorname: _____
Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
E-Mail: _____

3)
Name: _____ Zugehörigkeit: _____
Vorname: _____
Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
E-Mail: _____

Welche oben genannten Personen sollen in Notsituationen verständigt werden?

O 1) O 2) O 3)

Vollmachten

Vorhanden O ja O nein

Falls ja, welche oben genannte Personen sind bevollmächtigt?

O 1) O 2) O 3)

Patientenverfügung

Vorhanden O ja O nein

Rechnungsempfänger*in

Mit der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung entstehen Kosten, deren Übernahme erforderlich ist.

Name: _____ Vorname: _____

BBT-Gruppe

Einkommen

Art des Einkommens: _____

Monatlicher Betrag in €: _____

Kostenträger – Die Heimkosten werden getragen durch:

- O das oben aufgeführte Einkommen
- O Zuzahlungen aus dem Vermögen (Sparbuch)
- O das zuständige Sozialamt (Name, Adresse) _____

Das Formular zur Abtretung der Rentenansprüche für den vollstationären Aufenthalt befindet sich im Anhang.

Besteht eine Haftpflichtversicherung?

- O ja
- O nein

Wir empfehlen Ihnen, vor Antritt des ersten Aufenthaltstages eine Haftpflichtversicherung abzuschließen.

Hausarzt / Hausärztin

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Ernährung über Sonde

- O nein
- O ja, nähere Erläuterung: _____

Sauerstoffpatient

- O nein
- O ja, nähere Erläuterung: _____
  - O stationär
  - O mobil
  - O gasförmig
  - O flüssig

_____

Datum und Unterschrift der antragstellenden Person zur Bestätigung der Richtigkeit der o. g. Angaben.

BBT-Gruppe

Wichtige Dokumente

Erst nach Vorlage der unten genannten Unterlagen kann über die Aufnahme in eine unserer Senioreneinrichtungen entschieden werden. Bitte lassen Sie uns die erforderlichen Unterlagen unbedingt vollständig ausgefüllt vor Beginn des ersten Aufenthaltstages zukommen.

Voraussetzung für die Aufnahme zur vollstationären Pflege ist die Änderungsanzeige beim Renten Service der Deutschen Post.

Kopien der Unterlagen können wir im Haus fertigen.

- Aufnahmeantrag der Senioreneinrichtungen
- Beschluss über die Betreuung nach dem Betreuungsrecht, bzw. Vorsorgevollmacht in Kopie
- Patientenverfügung in Kopie – sofern vorhanden
- Nachweis für „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ vom Vormundschaftsgericht – sofern erforderlich
- Ärztlicher Fragebogen – ist von der zuständigen Ärztin bzw. dem zuständigen Arzt auszufüllen
- Aktueller Medikamentenplan von der zuständigen Ärztin bzw. dem zuständigen Arzt
- Aktuelle Diagnosenübersicht von der zuständigen Ärztin bzw. dem zuständigen Arzt
- Gültiger Personalausweis
- Gültige Versichertenkarte
- Rezeptgebührenbefreiung – sofern vorhanden – bei vollstationärem Aufenthalt
- Bescheid der Pflegekasse über Einstufung des Pflegegrades
- Bescheid über die Kostenübernahme bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege
- Bescheid über Sozialhilfe – sofern vorhanden
- Änderungsanzeige und Anträge im Renten Service der Deutschen Post – bei vollstationärem Aufenthalt

BBT-Gruppe

Packliste für den Einzug

Wenn Sie sich für eine unserer Senioreneinrichtungen entscheiden, möchten wir Ihnen den Einzug so angenehm wie möglich gestalten und sicherstellen, dass Ihnen nichts fehlt. Bitte bringen Sie daher zum Einzug folgende persönliche Gegenstände mit.

- Kleidung und Schuhe
  - Waschmaschinenwaschbare Oberbekleidung ohne Wollanteil
  - Strickjacke ohne Wollanteil
  - Jacke, bzw. Mantel
  - Komplette Garnituren Unterwäsche
  - Jeweils paarige Strümpfe, bzw. Strumpfhosen
  - Nachthemden, bzw. Schlafanzüge
  - Morgen- oder Bademantel
  - Hausschuhe für Sommer und Winter (auf Sicherheit achten)
  - Feste Schuhe / Sandalen

Die mitgebrachte Kleidung muss beim Einzug frisch gewaschen und in einem guten Zustand sein.
Bei einem vollstationären Aufenthalt, wird die mitgebrachte Kleidung in unserer Senioreneinrichtung gekennzeichnet.

Achtung: – bei vollstationärem Aufenthalt

Bitte achten Sie darauf, dass die Kleidung für die Reinigung in Industriewaschmaschinen und für den Trockner geeignet ist. Kleidungsstücke aus Wolle oder anderen tierischen Fasern können nicht angenommen werden. Beschädigungen an von dieser Norm abweichenden Kleidungsstücken kann von der jeweiligen Senioreneinrichtung keine Haftung übernommen werden.
Bei **Kurzzeit- und Verhinderungspflege** wird die mitgebrachte Kleidung privat gewaschen.

- Pflegeartikel
  - Zahnputzutensilien, Zahnprothesen und -reinigungsmittel
  - Kamm, Bürste
  - Rasierapparat, evtl. Einmalrasierer
  - Duschgel, Shampoo, Cremes, Lotionen, …
- Benötigte Medikamente
  - In der Originalverpackung mit Beipackzettel
- Ärztlich verordnete Materialien / Geräte
  - Hierzu zählen Inkontinenzmaterialien, Stomabeutel, Insulinpumpen, Blutzucker-Messgerät, etc.
- Vorhandene Hilfsmittel
  - Brille, gerne mit Etui
  - Hörgerät mit Batterien
  - Gehstock, Rollator, Rollstuhl, etc.
- Persönliche Gegenstände z.B.
  - Fotoalben, Bilder
  - Lieblingsbücher
- Weitere wichtige Dokumente
  - Impfpass
  - Schwerbehindertenausweis
  - Allergiepass
  - Diabetikerausweis
  - Herzschrittmacherausweis
  - Marcumarausweis u.a.

BBT-Gruppe

Ärztlicher Fragebogen

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtsname: _____ Geburtstag: _____

In unseren Senioreneinrichtungen besteht freie Arztwahl.
Die ärztliche Betreuung für die Dauer des Aufenthaltes wird durch folgende/n Ärztin/Arzt sichergestellt:

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Fax: _____

Besteht eine körperliche Behinderung?

- O nein
- O ja, in Form von: _____

Bestehen ansteckende Krankheiten?

- O MRSA
- O Hepatitis
- O VRE
- O TBC
- O Sonstige: _____

Diagnosen

- O Diagnosenübersicht liegt vor

Medikamente

- O aktueller Medikamentenplan liegt vor

Diät- / Schonkost

- O nein
- O ja, in Form von: _____

Wenn ja, bitte Körpergröße _____ cm und Gewicht _____ kg angeben

Allergien

- O nein
- O ja, gegen: _____

Weitere Hinweise (Bypass, Herzschrittmacher, Gelenkprothesen, …)

_____

Mobilität

- O mobil
- O mit Unterstützung / mit Hilfsmittel
- O immobil

Hinlauftendenzen

- O nein
- O ja

_____ _____

Ort, Datum Stempel, Unterschrift

BBT-Gruppe

Änderungsanzeige und Anträge im Renten Service der Deutschen Post

Mit diesem Vordruck können dem **Renten Service der Deutschen Post** Angaben zu Änderungen der persönlichen Verhältnisse, die auf die Zahlung der Rente Einfluss haben, mitgeteilt werden.

Adresse der absendenden Person:

Bitte senden Sie die Änderungsanzeige an den Renten Service (Adresse s. Rückseite). Der ausgefüllte Vordruck kann aber auch bei einer Filiale der Deutschen Post zur Weiterleitung abgegeben werden.

Telefonisch tagsüber zu erreichen unter:

☐ Bisher habe ich noch keine Zahlung durch den Renten Service der Deutschen Post erhalten.

Postabrechnungsnummer(n)/Postrentennummer(n)

Geburtsdatum

Bei Sterbefallmitteilungen hier bitte die Angaben der verstorbenen versicherten Person eintragen.

Name und Vorname der rentenberechtigten Person

Bisherige Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Hinweis zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten im Rentenzahlverfahren: Ihre Daten verarbeiten wir zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung entsprechend Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c) der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Detaillierte Informationen dazu wie Rechtsgrundlagen, Zweck der Verarbeitung, Speicherdauer, Kontaktdaten von Datenschutzbeauftragter und -aufsichtsbehörde sowie zu Ihren Rechten nach der DS-GVO erhalten Sie auf unserer Internetseite rentenservice.de oder auf schriftliche Anfrage bei Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13497 Berlin.

1 Neue Adresse

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

2 Antrag auf unbare Zahlung/Kontoänderung (nur für Konten innerhalb Deutschlands)

IBAN

D E

Bezeichnung des Geldinstituts

Name und Vorname **aller** Kontoinhaberinnen bzw. Kontoinhaber - **Bitte immer ausfüllen!** - Zusätzlich sind bitte auch **Teil 5 und ggf. Teil 6** auszufüllen, wenn der Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers nicht mit der rentenberechtigten Person übereinstimmt.

3 Namensänderung (**bitte** Urkunde, aus der die Namensänderung ersichtlich ist, im **Original oder als beglaubigte Kopie** beifügen)

Neuer Name und Vorname

4 Sonstige Mitteilung*:

..... **(Ort, Datum)**

..... **(Unterschrift)**

5 Bestätigung der Unterschrift der rentenberechtigten Person bei Überweisung der Rente auf das Konto einer Vertrauensperson (z. B. Ehegatte, Elternteil oder sonstige Dritte); nicht erforderlich bei einem Gemeinschaftskonto, das auch auf den Namen der rentenberechtigten Person lautet.

Die rentenberechtigte Person hat die obige/umseitige Unterschrift als vollzogen anerkannt und sich ausgewiesen durch:

..... (Ort, Datum)

..... (Unterschrift und Stempel der bestätigenden Stelle)

Die Unterschrift kann von einer Filiale der Deutschen Post, von einem Geldinstitut, das das Konto führt, oder von einer zur Führung eines öffentlichen Siegels berechtigten Person oder Stelle bestätigt werden.

Bitte wenden!

Stand: 09.2023

977-022-000
DOWNLOAD

6 Erklärung aller Kontoinhaberinnen bzw. Kontoinhaber bei Überweisung auf ein Konto einer Vertrauensperson oder der Kontoinhaberinnen bzw. Kontoinhaber bei Gemeinschaftskonten. **Für Renten der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung nicht erforderlich.**

Ich verpflichte mich, aufgrund des umseitigen/untenstehenden Antrags überzahlte Beträge der Deutschen Post AG zurückzuzahlen, und beauftrage dazu das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der Deutschen Post AG für Rechnung des Leistungsträgers zurückzuzahlen.

....
(Ort, Datum) (Unterschrift **aller** Kontoinhaberinnen bzw. Kontoinhaber)

7 Ableben (wenn möglich, bitte Sterbeurkunde beifügen; bei Anträgen auf Vorschusszahlung bitte nachfolgenden Teil ausfüllen)

Name und Vorname der verstorbenen Person

Sterbedatum

☐ **Antrag auf Vorschusszahlung an Witwen/Witwer** (Erläuterungen s.u.)

Ich beantrage hiermit eine Vorschusszahlung.

Tag der Eheschließung

Name, Vorname und Adresse der Witwe/des Witwers

Mein Ehemann/Meine Ehefrau ist verstorben. **Die Sterbeurkunde (Original) habe ich beigefügt.**

Ich habe meinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland; dies kann ich durch Vorlage meines Personalausweises oder Reisepasses belegen.

Kontoangaben (**nur** für die Vorschusszahlung)

IBAN

Bezeichnung des Geldinstituts

Name und Vorname der Kontoinhaberinnen bzw. Kontoinhaber (zusätzlich ist bitte auch Teil 5 auszufüllen, wenn der Name der Kontoinhaberinnen bzw. Kontoinhaber nicht mit dem der Witwe oder des Witwers übereinstimmt.)

....
(Ort, Datum) (Unterschrift der Witwe/des Witwers)

Hinterbliebene Ehe- bzw. Lebenspartner einer rechtsgültigen Ehe oder Eingetragenen Lebenspartnerschaft erhalten nach dem Ableben der Versichertenrente beziehenden Person aus der allgemeinen Rentenversicherung vom Renten Service der Deutschen Post eine Vorschusszahlung auf die später zu zahlende Witwen- oder Witwerrente.
Der Vorschuss beträgt das Dreifache der für den Sterbemonat gezahlten Monatsrente (ohne einige Zahlbetragsbestandteile, wie z. B. Beitragszuschussbetrag zur freiwilligen/privaten Krankenversicherung und Kindererziehungsleistungsbetrag). Bereits über den Sterbemonat hinaus gezahlte Monatsbeträge werden auf den Vorschuss angerechnet. Sollte durch die Vorschusszahlung eine Überzahlung entstehen, wird der überzahlte Betrag durch den Träger der Rentenversicherung von der späteren Witwenrente oder Witwerrente einbehalten.

Voraussetzungen für die Vorschusszahlung:

- Antragstellung innerhalb eines Monats nach dem Tod der rentenbeziehenden Person beim Renten Service; eine spätere Antragstellung ist zusammen mit dem Antrag auf Witwenrente oder Witwerrente beim Träger der Rentenversicherung möglich.
- Eine Sterbeurkunde, in der die Witwe oder der Witwer als Ehepartner der verstorbenen Person bezeichnet ist, liegt bei.
- Die Witwe/der Witwer muss ihren/seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben.
- Die Rente muss für die verstorbene rentenbeziehende Person monatlich über den Renten Service gezahlt worden sein.
- Der Vorschuss muss einen Betrag von mindestens 50 EUR erreichen.
- Die Ehe hat zum Zeitpunkt des Todes mindestens ein Jahr bestanden.
- Die Zahlung darf nicht an einen Sozialhilfeträger o. ä. erfolgt sein.

In einigen Fällen kann erst der zuständige Träger der Rentenversicherung über die Zahlung eines Vorschusses der Witwenrente oder Witwerrente entscheiden (z. B. bei Rentensplitting unter Ehegatten u. ä.).

Die Witwenrente oder Witwerrente muss beim Träger der Rentenversicherung, Versicherungsamt (Gemeinde-, Stadt- oder Bezirksverwaltung), bei Versichertenberaterinnen bzw. Versichertenberatern oder Versichertenältesten der Deutschen Rentenversicherung mit Formblatt des Trägers der Rentenversicherung beantragt werden.

* Sofern kein Konto vorhanden ist, kann hier beantragt werden, dass die Rente mit Zahlungsanweisung zur Verrechnung geleistet wird. Die Kosten für diese Zahlweise werden grundsätzlich von der Rente abgezogen; der zu zahlende Betrag verringert sich entsprechend. Die Entscheidung darüber trifft der zuständige Versicherungsträger.

Adresse des Renten Service: Deutsche Post AG
Niederlassung Renten Service
13497 Berlin

Tel.: 0221 5692-444

Internet-Adresse: rentenservice.de