



Südwürttemberg

## Anmeldung zur Heimaufnahme

---

### Gewünschte Leistungsart:

- Vollstationäre Pflege       Kurzzeitpflege       Tagespflege
- offen geführt       geschlossen geführt

---

### Standort:

- Fachpflegeheim Bad Schussenried  
Mariotte-Glocker-Haus  
Pfarrer-Leube-Straße 29  
88427 Bad Schussenried
- Fachpflegeheim Riedlingen  
Kapuzinerweg 7  
88499 Riedlingen

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Daten elektronisch erfasst werden über die Software Vivendi NG Interessentenverwaltung. Die Daten werden für ein Jahr gespeichert.

Damit Ihre Anfrage bestehen bleibt und Sie auf der Interessentenliste bleiben, melden Sie sich bitte spätestens alle drei Monate.

---

### Persönliche Daten:

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

Ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

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

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

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

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

Gelernter oder  
ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Angehörige und  
Vertrauenspersonen: \_\_\_\_\_

---



---

**Pflegerischer Bedarf:**

Aus welchen Gründen wird eine Heimaufnahme gewünscht?

Welche Pflegehilfsmittel werden bei der Betreuung benötigt?

_____	bereits vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	bereits vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	bereits vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	bereits vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	bereits vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

---

**Kostenträger der Pflegeleistungen:**

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  keiner  1  2  3  4  5

Einstufung/Höherstufung beantragt am: \_\_\_\_\_

Liegt bereits eine Kostenzusage für Pflegeleistungen vor?

ja (bitte beifügen)  nein  wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

---

**Kostenträger der Eingliederungshilfe-Leistungen und der Hilfe zur Pflege:**

Zuständiges Sozialamt oder letzter  
gewöhnlicher Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

Liegt bereits eine Kostenzusage für Leistungen der Eingliederungshilfe vor?

ja (bitte beifügen)  nein  wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

Liegt bereits eine Kostenzusage für Hilfe zur Pflege vor?

ja (bitte beifügen)  nein  wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

---

**Bisherige Versorgung (ambulant/stationär):**

Besteht aktuell eine andere stationäre oder ambulante Versorgung?

nein       ja, durch: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ansprechperson: \_\_\_\_\_

---

**Heimkosten:**

Wie wird der Eigenanteil der Heimkosten finanziert?

Selbstzahler       Sozialleistungen (Grundsicherung im Alter, Hilfe zur Pflege)

**Offene Forderungen/Schulden**

Bestehen bei einer anderen ambulanten oder stationären Einrichtung offene Forderungen?  ja, in Höhe von: \_\_\_\_\_

nein

---

**Teilhabebedarf:**

Beschreiben Sie bitte, in welchen Bereichen Funktionsbeeinträchtigungen bestehen und wo der Unterstützungsbedarf liegt.

<input type="checkbox"/> Lernen und Wissensanwendung z.B. Problemlösung, Entscheidungsfindung, Lesen/Schreiben/Rechnen, sich Fertigkeiten aneignen, Aufmerksamkeit, Orientierung und Denken	
<input type="checkbox"/> Allgemeine Aufgaben und Anforderungen z.B. Aufgaben durchführen, Tag-Nacht- Rhythmus, Umgang mit Veränderungen, Umgang mit Stress und krankheitsbedingten Belastungen und Problemlagen	
<input type="checkbox"/> Kommunikation z.B. Kommunikation als Sender und Empfänger, Telefon/Handy benutzen, Konversation betreiben	

<input type="checkbox"/> Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen z.B. Sozialverhalten, Beziehungsgestaltung in verschiedenen Kontexten, vorhandene Sozialkontakte	
<input type="checkbox"/> Bedeutende Lebensbereiche z.B. Erwerbstätigkeit/ Beschäftigung, finanzielle Angelegenheiten	
<input type="checkbox"/> Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben z.B. Erholung, Freizeitgestaltung, Religion, politisches Leben, behördliche Angelegenheiten	

---

**Sonstige Angaben:**

Ist der/die Aufzunehmende mit dieser Heimbetreuung einverstanden?

ja             nein

Gewünschter Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_

Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? \_\_\_\_\_

In welcher Eigenschaft? \_\_\_\_\_

Hinweise und Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

**Bitte richten Sie Ihre Anmeldung und Rückfragen an nachfolgende Stelle:**

Iris Seilkopf  
Sozialdienst  
Mariotte-Glocker-Haus  
Pfarrer-Leube-Str. 29  
88427 Bad Schussenried  
Tel.: 07583 33-51806 (Montag)

Fachpflegeheim Riedlingen  
Kapuzinerweg 7  
88499 Riedlingen  
Tel.: 07371 9545857 (Dienstag und Donnerstag)

[iris.seilkopf@zfp-zentrum.de](mailto:iris.seilkopf@zfp-zentrum.de)