

Checkliste Einzug für Bewohner und deren Angehörige

Name der / des Bewohnerin / Bewohners	Ausgegeben am:
<ul style="list-style-type: none"> • Bitte erledigen Sie die aufgeführten Aufgaben möglichst zeitnah, sobald der Einzug in unser Haus feststeht. • Bitte geben Sie alle Dokumente, -ausgefüllt und unterschrieben - am Einzugstag - in der Bewohnerverwaltung ab. 	
<input type="checkbox"/> Nachsendeauftrag bei der Post stellen	
<input type="checkbox"/> Abmeldung des Telefonanschlusses	
<input type="checkbox"/> Bei bestehender Vorsorgevollmacht: Bitte eine Kopie erstellen und abgeben	
<input type="checkbox"/> Bitte eine Kopie der Betreuungsurkunde erstellen und abgeben	
<input type="checkbox"/> „Ärztlichen Fragebogen“ vom Hausarzt ausfüllen lassen	
<input type="checkbox"/> Ggf. Formular „Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V“ bei der Krankenkasse anfordern und beim Hausarzt ausstellen lassen	
<input type="checkbox"/> Beim Hausarzt: Ggf. ärztliches Attest zur Inkontinenz ausstellen lassen (siehe Musterrezept im Anhang)	
<input type="checkbox"/> Befund Röntgen-Thorax (nicht älter als 6 Monate!) besorgen	
<input type="checkbox"/> Bei der Krankenkasse „Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zahlungen“ stellen. Bitte dort bereit halten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V“ ▪ Rentenbescheide ▪ Einstufungsbescheid Pflegegrad ▪ Schwerbehindertenausweis ▪ Pflegewohngeldbescheid ▪ Kostenübernahmeantrag vom Sozialamt ▪ Bescheid „Barbetrag“ 	
<input type="checkbox"/> Bei Bedarf Antrag auf Sozialhilfe beim Sozialamt stellen (Heimpflege-notwendigkeitsbescheinigung bis Pflegegrad 3 erforderlich).	
<input type="checkbox"/> Ggf. Antrag auf „Vollstationäre Pflege“ und Antrag zur „Einstufung Pflegegrad bei der Pflegekasse stellen.	
<input type="checkbox"/> Letztes Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Einstufung des Pflegegrades	
<input type="checkbox"/> Bei Selbstzahlern: Einzugsermächtigung	
<input type="checkbox"/> Rentenüberleitung	
<input type="checkbox"/> Überleitung Werksrente	
<input type="checkbox"/> Mitteilung über die Wahl des Hausarztes, der die Versorgung im Heim übernimmt	
<input type="checkbox"/> Zinsbescheinigung für die Beantragung des Pflegewohngeldes vom Geldinstitut besorgen (nicht bei Beihilfeberechtigten)	
<input type="checkbox"/> Alle vorhandenen Hilfsmittel mitbringen, weiteren Hilfsmittelbedarf im Vorfeld abklären (z.B. mit dem Sozialdienst im Krankenhaus)	

Checkliste Einzug für Bewohner und deren Angehörige

		
<input type="checkbox"/>	Medikamente des Bewohners in <i>Wohngruppe/Wohnbereich</i> abgeben	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Rentenbescheide – Kopien (nicht bei Beihilfeberechtigten), • Kopie des Personalausweises (beidseitig) • Versichertenkarte (Krankenkasse) • Ggf. Behindertenausweis • Befreiungsausweis Krankenkasse • Impfausweis (insbes. Coronaimpfstatus) 	
<input type="checkbox"/>	Bestehende „Patientenverfügung“ abgeben	
<input type="checkbox"/>	Einzugsformalitäten in der Bewohnerverwaltung erledigen	
<input type="checkbox"/>	Ggf. GEZ Abmeldung für Radio / Fernsehen	
<input type="checkbox"/>	Ummeldung beim Einwohnermeldeamt (Personalausweis / Reisepass und Heimvertrag mitnehmen)	
<input type="checkbox"/>	Ggf. Wohnungsbestätigung nach § 19 des Bundesmeldegesetzes	

Inkontinenzhilfsmittel

Musterrezept

Einzelkassen- oder Kostenträger	BKK Industrie	Arzneimittel	Sp- St- Bedarf	Reg- Plicht	Apotheken-Nr. / IK
Geb- St- Nr.	Hartmann, Paul	30.06.30	6	9	
geb- ort	Hartmannstr. 11	geb. am	Zusammenhang		
Sonstige	12345 Musterstadt		Gesamt-Brutto		
Unter- Nr.	Kassen-Nr. 8367998	Versicherer-Nr. 12345678	Status 5000	1	
Arbeits- Unter- Nr.	Betriebsstätten-Nr. 00998877	Arzt-Nr. 77665544	Datum 01.10.22		
Rp, (Bitte Leerräume durchstreichen)					Vertragsarztstempel
aus- idem	● Inkontinenzversorgung aufsaugend				
auf- idem	Dauer der Versorgung: Dauerversorgung				
auf- idem	● Diagnose: Harninkontinenz				
auf- idem					
					Unterschrift des Arztes Muster 16 (7, 2008)
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!					
Unter- tag	Unter- betrieb oder Arbeitgebernummer				

Als Hilfsmittelbezeichnung kann z. B. „Inkontinenzversorgung“ oder „Inkontinenzhilfen aufsaugend“ angegeben werden. Weitere Angaben sind nicht nötig. Außerdem sollte eine Angabe zur Dauer der Versorgung erfolgen, z. B. „Dauerversorgung“.

Verordnung zur Versorgung bei Harn- und / oder Stuhlinkontinenz mit detaillierter Diagnose, welche den Krankheitswert belegt.

Als Schweregrad der Inkontinenzhilfen bei aufsaugenden Inkontinenzhilfen kann z. B. „mittelgradig“ angegeben werden.

Rezept Postbeamtenkrankenkasse:

Für die Postbeamtenkrankenkasse benötigend wir folgende Angaben auf dem Rezept:

- **Angewandtes Produkt (Name, Größe) =**
alternativ Hilfsmittel-Nr.:
- **Liefermenge (2 St / Tag = oder je nach Versorgungszeitraum)**
- **Versorgungszeitraum z. Bsp. (01.03.2020 – 28.02.2021)**
- **DIAGNOSE**
- **Satz "zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben"**