

Anmeldung

Vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

Voranmeldung

Datum der Anmeldung: _____

(Bitte zusammen mit dem vom Hausarzt ausgefüllten **ärztlichen Fragebogen**
zur Heimaufnahme abgeben/zusenden)

Terminwunsch zur Aufnahme **dauerhaft** (vollstationär) ab: _____

Terminwunsch **Kurzzeit-/Verhinderungspflege** vom: _____ bis _____

Gewünschte Wohnform: Einzelzimmer Doppelzimmer

1. Name, Vorname _____

2. Geburtsname _____

3. geboren am _____ Geburtsort: _____

4. Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

5. Adresse: _____
Straße, PLZ/Ort

Telefon: _____

6. Derzeitiger Aufenthalt _____
(z. B. Krankenhaus,...)

Telefon: _____

7. Angehörige/Ansprechpartner

1. Name: _____ wie verwandt _____

Straße, PLZ/Ort _____

Tel.: _____ mobil: _____

2. Name: _____ wie verwandt _____

Straße, PLZ/Ort _____

Tel.: _____ mobil: _____

3. Name: _____ wie verwandt _____

Straße, PLZ/Ort _____

Tel.: _____ mobil: _____

Bitte Kopien beifügen!

8. Vorsorgevollmacht ja / nein Patientenverfügung ja / nein

Bevollmächtigte(r):

1. _____

Straße, PLZ/Ort

Tel.: _____ mobil: _____ e-Mail: _____

2. _____

Straße, PLZ/Ort

Tel.: _____ mobil: _____ e-Mail: _____

9. Betreuer(in): _____
(gerichtlich bestellt)

Straße, PLZ/Ort

Tel.: _____ mobil: _____ e-Mail: _____

10. Hausarzt: _____

Straße, PLZ/Ort

Tel.: _____

11. Kranken-/ Pflegekasse

Krankenkasse: _____ Krankenvers.-Nr. _____

Besteht eine Beihilfeberechtigung ja nein

Wenn ja, durch: _____

12. Pflegegrad beantragt am: _____ bereits in Pflegegrad _____ eingestuft

Höherstufung beantragt am: _____

eingeschränkte Alltagskompetenz ja nein

13. Kostenregelung Privatzahler Unterstützung durch Sozialhilfeträger ist beantragt

zuständiges Sozialamt: _____

Ergänzungen / Bemerkungen

Die Daten der Anmeldung werden elektronisch gespeichert und unterliegen dem Datenschutz.

Ort/Datum _____

Unterschrift des Anmeldenden bzw.
Bevollmächtigten /Betreuers

wenn nicht identisch mit Anmelder, auch
Unterschrift des Aufzunehmenden