

Anmeldung

Vollstationär Kurzzeitpflege vom: _____ bis: _____

Name der Einrichtung: _____

Persönliche Angaben	Name:	Vorname:	
	Geburtsname:	Geburtsdatum:	
	Geburtsort:	Straße / Hausnr.:	
	PLZ / Ort:	Konfession:	
	Staatsangehörigkeit:	Familienstand:	

Kostenträger	Pflegekasse:	Pflegegrad:	
	Vers.-Nr.:	Beihilfeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja _____ % <input type="checkbox"/> nein
	Antrag auf Pflegeleistungen gestellt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Antrag auf Kurzzeitpflege gestellt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Antrag auf Verhinderungspflege gestellt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Bankverbindung	Kreditinstitut:	Ort:	
	IBAN:	BIC:	

Kontakt 1	Verhältnis:		
	Vorname/Name:		
	Adresse:		
	Telefon:	Mobil:	
	Email:		

Kontakt 2	Verhältnis:		
	Vorname/Name:		
	Adresse:		
	Telefon:	Mobil:	
	Email:		

Betreuung / Vollmacht	Vorname/Name:		
	Adresse:		
	Telefon:	Mobil:	
	Email:		

Schriftverkehr über	<input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> Kontaktperson 1 <input type="checkbox"/> Kontaktperson 2 <input type="checkbox"/> Betreuer/Bevollmächtigter
----------------------------	--

Barbetragsverwaltung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> monatlich in Höhe von: _____ Euro
Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> 1. Kl <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI

Ärzte, Fachärzte, Therapeuten etc.	Hausarzt:		
	Adresse:		
	Telefon:	Fax:	
	Augenarzt:		
	Gynäkologe:		
	Kardiologe:		
	Orthopäde:		
	Urologe:		
	Neurologe:		
Zahnarzt:			
Andere:			

Anlagen: Ärztliche Bescheinigung Ärztliches Zeugnis

Lieferapotheke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name: _____ Anschrift: _____
-----------------------	--

Getroffene Versorgung	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Patientenverfügung
------------------------------	--

Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja AZ: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Wohnen <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Rentenangelegenh.
------------------------------	---

Leihgeräte Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rolstuhl <input type="checkbox"/> Multifunk.RS <input type="checkbox"/> Sonstiges
------------------------------------	--

Freiheitsentzug	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bauchgurt/Bett <input type="checkbox"/> Bauchgurt/Stuhl <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Stuhltablett <input type="checkbox"/> Sonstiges
------------------------	---

Kostenträger	<input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Anlage <input type="checkbox"/> Anlage Finanzierung Heimkosten <input type="checkbox"/> Vermögensübersicht
---------------------	--

Datum / Unterschrift

<i>Von der Einrichtungsleitung auszufüllen:</i>			
Aufnahme am:	WB:	Zimmer:	<input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ