

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. KI <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 Finanzierung Heimkosten <input type="checkbox"/> Anlage Vermögensübersicht
---------------------	--

Datum / Unterschrift	
-----------------------------	--

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