

Anmeldung zur Heimaufnahme Kurzzeitpflege

1. Vor- u. Nachname (Geb.-name)			
2. Adresse	Straße, PLZ, Ort		
3. Derzeitiger Aufenthalt			
bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse			
4. Geburtsdaten/-ort	Geburtsdatum	Geburtsort	
5. Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig		
6. Konfession			
7. Staatsangehörigkeit			
8. Angehörige a)	Name, Vorname		
	Straße, PLZ, Ort		
	wie verwandt	Telefon	
b)	Name, Vorname		
	Straße, PLZ, Ort		
	wie verwandt	Telefon	
9. Betreuer nach Betreuungsrecht a)	Name, Vorname		Bitte Kopie Betreuerausweis beilegen!
	Straße, PLZ, Ort	Telefon	
b)	Name, Vorname		Bitte Kopie Betreuerausweis beilegen!
	Straße, PLZ, Ort	Telefon	
Wirkungskreis der Betreuung	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge <input type="checkbox"/> ärztliche Versorgung		
10. Vorsorgevollmacht	Name, Vorname		Bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beilegen!
	Straße, PLZ, Ort	Telefon	
11. Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Bitte Kopie der Patientenverfügung beilegen!

12. Hausarzt	Name			
	Straße, PLZ, Ort		Telefon	
13. Mitbehandelnde Fachärzte	a)	Name		
		Fachrichtung		
	b)	Name		
		Fachrichtung		
	c)	Name		
		Fachrichtung		
	d)	Name		
		Fachrichtung		
14. Gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> keinen Wunsch			
Gewünschter Aufnahmetermin	<input type="checkbox"/> zur Heimaufnahme	vom _____		<input type="checkbox"/> Haus 1
	<input type="checkbox"/> zur Kurzzeitpflege	vom _____	bis _____	<input type="checkbox"/> Haus 2 <input type="checkbox"/> Haus 3
15. Pflegestufenbewilligung der Pflegekasse	 Bitte Pflegesatzbescheid beifügen!			
16. Kranken- bzw. Pflegekasse				
17. Versicherungsnummer				
18. zusätzl. Betreuungsleistungen nach § 87 b	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
19. Zuzahlungsbefreit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
20. Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
21. Hinweise für die Einrichtung				

Ort und Datum

Unterschrift des Anmeldenden bzw. Vertreters