

Anmeldungsvormerkung zur Heimaufnahme

Vollstationäre Pflege Kurzzeitpflege Tagespflege

Ab wann wird ein Platz benötigt

EZ DZ

Name, Vorname(n):

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Konfession:

Familienstand:

verwitwet

ledig

verheiratet

geschieden

Staatsangehörigkeit

deutsch

Sonstige:

früherer Beruf:

Aktuelle Anschrift

Telefonnummer:

Welchen Pflegegrad haben Sie

1 2 3 4 5

Leistungen aus der Pflegeversicherung wurden beantragt am _____
 wurden abgelehnt

Falls vorhanden bitte Bescheid der Pflegekasse beifügen

Ansprechpartner:

Name, Vorname: _____
 Angehöriger Betreuer Bevollmächtigter
Strasse, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____

Name, Vorname: _____
 Angehöriger Betreuer Bevollmächtigter
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____

Amtlich bestellte Betreuung Ja bitte Kopie Nein
Generalvollmacht/Vorsorgevollmacht Ja bitte Kopie Nein
Sonstige Betreuung Ja bitte Kopie Nein

Patientenverfügung Ja bitte Kopie Nein

Liegt bereits eine Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen vor
Rezeptgebühren: Ja bitte Kopie Nein
Fahrtkosten: Ja bitte Kopie Nein

Krankenversicherung: _____
 gesetzlich versichert privat versichert

Strasse, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Vers.Nr. Krankenkasse: _____
Vers.Nr. Pflegekasse: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt
 ja nein

Hausarzt
Name: _____ PLZ, Ort: _____
Straße, Nr.: _____ Telefon: _____

Übernimmt Ihr Hausarzt die Versorgung in unserer Einrichtung
 ja nein

Wenn nein, welcher Arzt soll Sie in
unserem Haus betreuen _____

Ort, Datum

Unterschrift