

Stationär Kurzzeitpflege Tagespflege

von: _____ bis: _____

Tag des Einzugs/Uhrzeit: _____ Zimmernummer: _____

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Religion: _____ Nationalität: _____

Letzter polizeilich gemeldeter Wohnsitz:

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Aufenthalt vor Aufnahme: _____

Seit wann?: _____

Angaben zu Angehörigen:**Nächste Angehörige bzw. Bezugspersonen:**

Name: _____ Vorname: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Name: _____ Vorname: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Name: _____ Vorname: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Rechnungsempfänger*in:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Vollmachten:Haben Sie eine Vollmacht / Vorsorgevollmacht erteilt? JA NEINHaben Sie eine Patientenverfügung? JA NEIN*(Kopie der Vollmacht / Patientenverfügung beilegen)***Amtsgerichtliche Betreuung:**Besteht bereits eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz JA NEIN

Amtsgericht: _____ Aktenzeichen: _____

Name und Anschrift der/s Betreuer*in:*(Kopie des Ausweises beilegen)*

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Wenn NEIN, ist die Einrichtung einer Betreuung notwendig und wird beantragt? JA NEIN**Kranken- Pflegekasse:**

Kranken-/Pflegekasse: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____

Versichertennummer: _____

Besteht eine Einstufung nach der Pflegeversicherung, wenn ja, in welchen Pflegegrad? 1 2 3 4 5

Ist ein Antrag auf Einstufung oder Pflegegradänderung gestellt worden?

JA, am: _____ NEIN

Beihilfeberechtigt? JA NEIN

Privatversicherung? JA NEIN

(Bitte Kopie des Antrages bzw. der Pflegeeinstufung beilegen)

Ärztliche Versorgung:

Hausarzt: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Der Hausarzt kann weiterhin meine ärztliche Betreuung übernehmen:

JA NEIN

wenn NEIN, Wechsel zu: _____

Befreiungsausweis Zuzahlungen:

JA NEIN wenn JA, bis wann: _____

Schwerbehindertenausweis:

JA NEIN wenn JA, bis wann: _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen. Bitte Kopien beilegen)

Kostenklärung:

Ich bin Selbstzahler: JA NEIN

Ich habe am _____ einen Antrag beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt:

JA NEIN

Sozialhilfeträger: _____ Sachbearbeiter: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Kostenzusage erfolgt am: _____ durch: _____

(Bitte Kopie der Kostenzusage beilegen)

Ummeldung beim Einwohnermeldeamt: Wir weisen Sie daraufhin, dass Sie sich beim

Einwohnermeldeamt ummelden müssen! (bei vollstationärer Pflege)

Hierzu ist eine Wohnungsgeberbescheinigung notwendig. Diese erhalten Sie von uns.

Bestattungsvorsorge:

Ich habe eine Bestattungsvorsorge abgeschlossen bei:

(Bitte Kopien beilegen)

Wer kümmert sich um Bestattungsfragen:

Von Ihnen gewünschtes/beauftragtes Beerdigungsinstitut:

Welche Bestattungsform wird gewünscht:

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich in das _____ einziehen will.

Die Pflegesätze sind mir bekannt und ich verpflichte mich hiermit, als Selbstzahler*in, diese Kosten, abzüglich der Zahlungen der Pflegekasse, selbst zu tragen.

Wenn mein Einkommen und Vermögen nicht ausreicht die Kosten zu decken, werde ich umgehend einen Antrag beim zuständigen Sozialhilfeträger stellen.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Antragsteller*in

Ggf. Unterschrift Betreuer*in/ Bevollmächtigte*r