

Anmeldung zur Heimaufnahme

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Name: _____

Geburtsort: _____

Geb.-Datum: _____

Konfession: _____

Wohnort: _____

Straße u. Hausnr: _____

Tel.: _____

Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

Pflegegrad: _____

Betreuer: **amt. bestellt**

Vollmacht:

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Handy: _____

Aufenthaltsbestimmung

Gesundheitsfürsorge

Vermögensverwaltung

Post

Hausarzt

Name: _____ Telefon: _____

Adresse: _____ Fax: _____

Medikamentenbefreiung ja nein bis wann? _____

Ansprechpartner

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Handy: _____

E- mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Gewünschter Einzugstermin: _____

Bei Kurzzeitpflegen von wann bis wann: _____

Die Summe der anfallenden Kosten werden erbracht durch:

Renten/ Einkommen: _____ Euro

Leistungen der Pflegekasse: _____ Euro

Die Eigenmittel sind ausreichend ja nein

Ein Antrag auf Sozialhilfe wurde gestellt ja nein

Eine Kostenzusage liegt vor ja nein

Die Einstufung durch die Pflegekasse liegt vor ja nein

Die Einstufung ist beantragt ja nein

Anmeldung zur Heimaufnahme / Kurzzeitpflege

Rechnungsanschrift:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Handy: _____

Die Einrichtungsleitungen sind vom Gesetzgeber angehalten, einen Nachweis der Ab- bzw. Ummeldung bei einem vollstationären Umzug in die Einrichtung vorzuhalten. Bitte reichen Sie uns eine Kopie der Bescheinigung für die Akten ein.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
BewohnerIn / gesetzl. Vertreter