

Anmeldung / Vormerkung

Bitte füllen Sie die leeren Felder aus und kreuzen Sie zutreffend an:

Gewünschte Leistungen:

- Aufnahme zur Dauerpflege im Pflegeheim ab _____ Datum
 Einzelzimmer Doppelzimmer
- Vormerkung für Betreutes Wohnen ab _____ Datum
- Kurzzeitpflege ab _____ Datum bis _____ Datum
- Ambulante Pflege ab _____ Datum
- Stundenweise Pflege / Betreuung ab _____ Datum

Leistungsnehmer:

Name	Vorname	
Straße	PLZ / Ort	Telefon
Derzeitiger Aufenthalt		
Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort
Letzter Ehegatte / Lebenspartner	Vorname	Geburtsname
Hausarzt	Zahnarzt	Gewicht / Größe ca.
Staatsangehörigkeit	Konfession	Beruf
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		

Angehörige / Nächste Kontaktpersonen:

- 1)

Name	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis
Straße	PLZ / Ort	
Telefon	E-Mail	
- 2)

Name	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis
Straße	PLZ / Ort	
Telefon	E-Mail	

Anmeldung / Vormerkung

Vollmachten / Betreuung:

Besitzt jemand eine Generalvollmacht? ja nein beantragt
Wurde ein Betreuer bestellt? ja nein beantragt

Name, Vorname des Bevollmächtigten: _____

Adresse _____ Telefon _____

Bitte reichen Sie uns eine Kopie der Vollmacht / Betreuungsurkunde ein.

Gesundheitszustand des Aufzunehmenden:

Kurze Beschreibung des Gesundheitszustandes: _____

Körperliche Behinderungen: nein ja, _____

Bewegungsfähigkeit: normal im Rollstuhl mit Rollator (z.T.) bettlägrig

Geistige Beeinträchtigungen: keine sehr vergesslich nachts unruhig nervös
 aggressiv läuft ev. weg nicht ansprechbar Sonstiges: _____

Kranken- / Pflegeversicherung:

AOK DAK Barmer _____

Adresse, soweit bekannt _____

Versicherungsnummer _____

Befreiung von Rezeptzahlung ja beantragt nein

Einstufung in die Pflegeversicherung

liegt vor, ab Datum _____ in Grad 1 2 3 4 5

wurde beantragt am _____

wurde nicht beantragt _____ wurde abgelehnt

Anmeldung / Vormerkung

Kostenübernahme

Zuschuss der Pflegekasse nach Pflegestufe Private Kostenübernahme

Übernimmt die Beihilfestelle einen Teil der Kosten? ja nein

Unterstützung durch Sozialhilfe erforderlich? ja nein

Rechnungsempfänger für Eigenanteil

Besondere Wünsche / Anmerkungen:

Eigener Friseur Eigene Fußpflegerin Telefon Wäsche wird selbst gewaschen

Das ärztliche Zeugnis liegt bei wird nachgereicht bei KH-Entlassung

Ich bestätige, alle Daten nach bestem Gewissen vollständig und richtig angegeben zu haben und bin mit einer Speicherung für ausschließlich verwaltungsinterne Zwecke einverstanden.

Datum, Ort

Unterschrift