

Anmeldeformular für vollstationäre Aufnahme

Eingangsvermerk

Termin vereinbart am:

Datum _____

Uhrzeit _____

Datum der Anmeldung:

Datum _____

Antrag zurückgezogen am:

Datum _____

Grund: _____

Antrag für:

vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege

Angaben zur Person

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

(bei Krankenhaus, Reha- oder Pflegeeinrichtung Name, Anschrift und Telefonnummer angeben)

Telefonnummer

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Angehörige

Name, Vorname

Verwandtschaftsverhältnis

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefonnummer(privat, dienstlich, mobil)

Name, Vorname

Verwandtschaftsverhältnis

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefonnummer (privat, dienstlich, mobil)

Name, Vorname

Verwandtschaftsverhältnis

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefonnummer(privat, dienstlich, mobil)

Betreuung

Besteht eine rechtliche Betreuung?

ja

nein

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefonnummer(privat, dienstlich, mobil)

Gibt es eine Patientenverfügung?

ja

nein

Gibt es eine Vorsorgevollmacht?

ja

nein

Kopien liegen vor

Kopien liegen nicht vor

Kranken-/ Pflegeversicherung

<i>Krankenkasse/ Pflegekasse</i>	<i>Mitgliedsnummer</i>
Versichert als	<input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> freiwillig

Hausarzt

<i>Name</i>	<i>Telefonnummer</i>
<i>Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)</i>	

Finanzierung

Liegt eine anerkannte Behinderung vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grad der Behinderung?	_____	
Merkzeichen:	_____	
Ist ein Pflegegrad vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5		
Ist ein Pflegegrad für vollstationäre Pflege beantragt?	<input type="checkbox"/> ja, am _____	<input type="checkbox"/> nein
Ist der monatlich zu bezahlende Anteil am Einrichtungsentgelt aus eigenem Einkommen/ Vermögen bezahlbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Der Antrag auf Sozialhilfe beim zuständigen Sozialamt/ Kostenträger (z.B. KSV) wurde gestellt am: _____	

Gewünschte Unterbringung

<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Termin: _____
---------------------------------------	---------------------------------------	--

Derzeitiger Aufenthalt

<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/> Häuslichkeit	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Reha	<input type="checkbox"/> Krankenhaus

Gründe für den Einzug

--

Antragsteller für den Pflegebedürftigen

<i>Name, Vorname</i>

Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen, Erwartungen

--

Diese Anmeldung ist – bis auf – Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragenbogen liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller

Unterschrift Pflegebedürftiger