

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 _____

Staatsangehörigkeit _____ Konfession _____ Beruf _____

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Angehörige / Nächste Kontaktpersonen:

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

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 Stufe 1 2 3 Härtefall (3+)

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

Rechnungsempfänger für Eigenanteil

Unterstützung durch Sozialhilfe erforderlich? ja nein

Besondere Wünsche / Anmerkungen:

Eigener Friseur Eigene Fußpflegerin Telefon

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