



Anmeldung

Geplanter Einzug am _____ in Zimmer _____ Bezugspflegekraft _____
Vollstationär Kurzzeitpflege bis _____ (Name)

1 Angaben zur Person

Name/Geburtsname _____ Geburtsort _____
Vorname _____ Religion _____
geboren am _____ geistliche Betreuung erwünscht
Staatsangehörigkeit _____ ja 0 nein 0
Familienstand _____ Beruf/ausgeübte Tätigkeit _____
Hausarzt _____

2 Anschrift

Straße _____
Wohnort (PLZ, Ort) _____
Telefon _____

3 Angehörige/Bezugsperson(en)

a) Name _____
Straße _____
Wohnort (PLZ, Ort) _____
Telefon _____
Verwandtschaftsverhältnis _____

b) Name _____
Straße _____
Wohnort (PLZ, Ort) _____
Telefon _____
Verwandtschaftsverhältnis _____

4 Gesetzliche Betreuung

eingrichtet ja 0 nein 0

beantragt ja 0 nein 0

Aufgabenbereiche: _____

Betreuer:

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

5 Vollmachten/Verfügungen

Vorsorgevollmacht ja 0 nein 0

Patientenverfügung ja 0 nein 0

Bestattungsvorsorge ja 0 nein 0

6 Pflegeversicherung

Ist eine Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Pflegekasse erfolgt ?

ja 0 nein 0

wenn ja, welche Stufe _____

7 Krankenkasse/Pflegekasse

Krankenkasse/Pflegekasse _____

Mitgliedsnummer: _____

Rezeptgebührenbefreiung ja 0 nein 0

Hilfsmittel _____

8 Sonstiges

Besondere Vorlieben,
z. B. Haustiere _____

Kostform, z.B. Diäten _____

Allergien: _____

Benötigte Unterlagen

Einstufungsbescheid der Pflegekasse

Bei Pflegestufe 0 Kostenübernahmebescheid der Pflegekasse

Arztbericht (Hausarzt oder Krankenhaus, evtl. Pflegebericht)

Ärztliches Zeugnis (frei von ansteckenden Krankheiten)

Bestellungsurkunde, Vollmachten, Verfügungen

Anmeldedatum _____

Datum/Hdz. Mitarbeiter _____

Wir bitten nach jeweils 3 Monaten um Mitteilung ob die Anmeldung weiterhin Gültigkeit hat !