

Anmeldung zum Einzug vollstationär Kurzzeitpflege

Name, Vorname: _____		Telefon: _____	
Geburtsdatum: _____		Geburtsort: _____	
Geburtsname: _____		Familienstand: _____	
Anschrift: _____ (Straße)		_____ (Ort)	
Aufenthalt z. Zt.	Telefon: _____		(z. B. Krankenhaus)
Konfession: <input type="checkbox"/> RK <input type="checkbox"/> EV andere: _____		Staatsangeh.: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____ andere	

Gewünscht wird:	
<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> vorsorglich
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer

Angehörige (auch nahestehende Bekannte)	
1.	
Name, Vorname: _____	
Telefon: _____	
Verwandtschaftsgrad: _____	
E-Mail: _____	
Anschrift: _____ (Straße)	
_____ (Ort)	
2.	
Name, Vorname _____	
Telefon: _____	
Verwandtschaftsgrad: _____	
E-Mail: _____	
Anschrift: _____ (Straße)	
_____ (Ort)	

Privat versichert

Gesetzlich versichert

Krankenkasse/Versicherung _____ beihilfeberechtigt? ja
wenn nicht am Ort,

Anschrift der Kasse angeben: _____

Die Kosten zur Unterbringung werden aufgebracht durch:

Rente : _____ Vermögen : _____

Mir ist bekannt, dass ich bei nicht ausreichendem Einkommen zur Deckung der Kosten einen Antrag beim zuständigen Sozialamt **vor Einzug** stellen muss.

Sozialhilfe Antrag gestellt am: _____

Wurden sie bereits vom MDK besucht? ja nein

Welchem Pflegegrad sind Sie zugeordnet? 1 2 3 4 5

§§ Betreuer/Vorsorgevollmacht

Vor- und Zuname: _____ Telefon: _____

bestellt seit: _____ E-Mail: _____

Anschrift: _____ (Straße) _____ (Ort)

Wirkungskreis:

Vermögenssorge Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge

Hausarzt:

Name: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____ (Straße) _____ (Ort)

Ich wurde vorab über die Leistungen und die aktuellen Pflegesätze nach § 3 WBVG der Einrichtung informiert

Ort, Datum

Unterschrift