

Anmeldung zur Heimaufnahme

Art der Aufnahme	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege
Gewünschter Aufnahmetag	
Familienname	
Geburtsname	
Vorname	
Wohnung (Hauptwohnsitz)	_____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort
Eventuell zur Zeit in welchem Krankenhaus	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Familienstand	
Konfession	
Anzahl der Kinder	
<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Ansprechpartner	_____ Verwandtschaftsverhältnis _____ Vor- und Zuname _____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort _____ Telefon/Handynummer

Vollmachten, Betreuung	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aufenthaltsbestimmung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gesundheitsfürsorge</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vermögenssorge</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Postangelegenheiten und Fernmeldeverkehr</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wohnungs- oder Heimangelegenheiten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vorsorgevollmacht</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Patientenverfügung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vermögenssorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Postangelegenheiten und Fernmeldeverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnungs- oder Heimangelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein																							
Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Vermögenssorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Postangelegenheiten und Fernmeldeverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Wohnungs- oder Heimangelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Weitere Angehörige	<p>_____</p> <p>Verwandschaftsverhältnis</p> <p>_____</p> <p>Vor- und Zuname</p> <p>_____</p> <p>Straße, Hausnummer</p> <p>_____</p> <p>Postleitzahl, Ort</p> <p>_____</p> <p>Telefon/Handynummer</p>																								
Krankenkasse, Pflegekasse	<p>_____</p> <p>Name der Kasse</p> <p>_____</p> <p>Versicherungsnummer</p>																								
Pflegegrad	<p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 0</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 1</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 2</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 3</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 4</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 5</p> <p><input type="checkbox"/> Einstufung beantragt am/von: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt am/von: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Beihilfe-Empfänger</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis liegt bei</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis folgt</p>																								
Zuzahlungsbefreiung	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>																								

Hausarzt	<hr/> Name <hr/> Straße, Hausnummer <hr/> Postleitzahl, Ort <hr/> Telefonnummer <hr/>
Diagnose	
Kostenträger	<input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Es wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt. Das zuständige Sozialamt ist: <input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen
Gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer ohne Nasszelle <input type="checkbox"/> Einzelzimmer mit Nasszelle <input type="checkbox"/> Doppelzimmer ohne Nasszelle <input type="checkbox"/> Doppelzimmer mit Nasszelle
Rechnungsempfänger	

Um in unsere Einrichtung einziehen zu können, benötigen Sie ein aktuelles ärztliches Attest. Aus diesem muss hervorgehen, dass Sie frei von ansteckenden Krankheiten sind.

Diese Anmeldung ist unverbindlich! Alle Angaben entsprechen den Tatsachen!

Ort, Datum

Unterschrift