

Anmeldung zur Aufnahme

(Zutreffendes bitte ankreuzen
bzw. ausfüllen)

gewünschter Aufnahmeterrmin:

BITTE FREILASSEN (wird vom Seniorenzentrum ausgefüllt)	
Anmeldedatum:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E
Aufnahmedatum:	
<input type="checkbox"/> KZP:	-
<input type="checkbox"/> VHP:	-
Tagesgast:	-
Zimmer Nr.:	<input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ
Pflegestufe:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3H <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/> AH

1. persönliche Daten	
Name & Vorname:	
Geburtsdatum & -ort:	Geburtsname:
Straße:	PLZ & Wohnort:
Telefon:	Konfession:
Familienstand:	Staatsangehörigkeit:

2. Aufenthaltsort zurzeit	
<input type="checkbox"/>	z. B. Krankenhaus (Bezeichnung):
<input type="checkbox"/>	eigene Wohnung, Anschrift s. o.
<input type="checkbox"/>	sonstiges:
<input type="checkbox"/>	frühere Unterbringungen *:

* Name der (Pflege-) Einrichtung

3. Betreuung* <input type="checkbox"/> / Vollmacht* <input type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden* <input type="checkbox"/>	
Name Betreuer / In, Bevollmächtigte / r:	
Anschrift:	
Telefon:	

* falls vorhanden, bitte Urkunden / Nachweise beifügen!

4. Angehörige	
1.	Name: Verwandtschaftsgrad:
	Anschrift:
	Telefon: e Mail:
2.	Name: Verwandtschaftsgrad:
	Anschrift:
	Telefon: e Mail:

Anmeldung - Verwaltung	Erstellt	Freigegeben	Bearbeitet	Revisionsstand: 0 Seite: 1
Datum	20.02.2013	20.02.2013		
Name	Sterthaus, Jens	Sander, Gunnar		

5. Krankenkasse <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat					
Name / Bezeichnung:					
Anschrift:					
Versichertennummer:					
Pflegeeinstufung *: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 H					
* falls vorhanden, bitte Einstufungsbescheid beifügen! <input type="checkbox"/> Antrag Einstufung <input type="checkbox"/> Eilantrag <input type="checkbox"/> Antrag Höherstufung					
<input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung					
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung:					

6. Telefonanschluss			
Wird ein Telefonanschluss gewünscht? <input type="checkbox"/> Vollamt <input type="checkbox"/> Halbamt <input type="checkbox"/> kein Anschluss			

7. Finanzierung der Pflegekosten durch ...	
<input type="checkbox"/>	eigenes Vermögen / (Renten-) Einkommen
<input type="checkbox"/>	Sozialhilfe (örtlicher Sozialhilfeträger)
<input type="checkbox"/>	Kriegsopferfürsorge (überörtlicher Sozialhilfeträger)
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:
ERKLÄRUNG:	
Ich bestätige, die Informationen zur Gewährung von Sozialhilfe & Pflegegeld zur Kenntnis genommen zu haben. Aufgrund der aktuellen Einkommens- und Vermögenssituation sind Sozialhilfeanträge zu stellen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Pflegegeldanträge zu stellen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

8. Rechnungsanschrift			
<input type="checkbox"/>	siehe Betreuung	<input type="checkbox"/> siehe Angehörige 1.)	<input type="checkbox"/> siehe Angehörige 2.)
Name:			
Anschrift:			
Telefon:		e Mail:	
<input type="checkbox"/> Lastschriftzug * bitte anliegende Einzugsermächtigung ausfüllen!			

9. Hinweise / Bemerkungen / Sonstiges	
bei Aufnahme aus dem Krankenhaus bitte Anschrift des Hausarztes angeben!	
↳	

Datum:	Name Antragsteller:
	Unterschrift Antragsteller:

Anmeldung - Verwaltung	Erstellt	Freigegeben	Bearbeitet	Revisionsstand: 0 Seite: 2
Datum	20.02.2013	20.02.2013		
Name	Sterthaus, Jens	Sander, Gunnar		