

Anmeldung für Dauerpflege/Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Größe: ca. _____ Gewicht: ca. _____ Raucher: ja /nein

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Geburtsort: _____ Nationalität: _____

Konfession: _____ Telefonnummer: _____

Derzeit. Aufenthalt: _____

Personalausweis: ja (Kopie) nein

Patientenverfügung: ja (Kopie) nein

Gewünschter Aufenthalt:

Dauerpflege: ab _____

Kurzzeitpflege: von _____ bis _____

Verhinderungspflege: von _____ bis _____

bevorzugt Einzelzimmer bevorzugt Doppelzimmer

Angaben zur Pflegesituation:

Pflegegradbescheid (Kopie!) 1 2 3 4 5

Pflegeantrag: gestellt nicht gestellt

Pflegegutachten: ja, am: _____ nein, steht noch aus

Höherstufung beantragt: ja, am: _____ nein

Heimkosten / Abrechnung:

Rechnungsempfänger: (Name, Vorname, Adresse):

Arzt, Krankenkasse, Therapeuten:

Hausarzt:

Straße, PLZ, Ort:

Telefon/Telefax:

Zahnarzt:

Straße, PLZ, Ort:

Telefon/Telefax:

Facharzt:

Straße, PLZ, Ort:

Telefon/Telefax:

Krankenkasse:

Straße, PLZ, Ort:

Telefon: _____ Versicherten-Nr.: _____

Beihilfeberechtigt? ja (Kopie) nein

Name der Beihilfestelle: _____

Gebührenbefreiung? ja (Kopie) nein

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? ja nein

Wird Pflegegeld bezogen oder beantragt? ja nein

