

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

(Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Zimmernummer:

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

1. Name (bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)	_____
2. Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen)	_____
3. Wohnung (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) _____ (Straße, Hausnummer) _____ (bei wem?) bei:
4. Derzeitiger Aufenthalt	_____ (Straße, Hausnummer) _____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) _____ (bei wem?) bei:
5. Zur Zeit in welchem Krankenhaus, welcher Pflegeeinrichtung o.ä.?	_____ (Name der Einrichtung) _____ (Anschrift der Einrichtung) _____ (Aufnahmetag) (Aufnahmegrund)
6. Eintrittsgrund	<input type="radio"/> hilfsbedürftig <input type="radio"/> Kurzzeitpflege Urlaub <input type="radio"/> Kurzzeitpflege ReHa <input type="radio"/> pflegebedürftig

<p>7. Geburtsdaten</p> <p>(Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben)</p>	<p>_____</p> <p>(am) (in)</p> <p>_____</p> <p>Geburtsname</p>		
<p>8. Familienstand: _____</p>	<p>9. Konfession: _____</p>	<p>10. Staatsangehörigkeit: _____</p>	
<p>11. Zahlart: <input type="radio"/> Sozialhilfeempfänger <input type="radio"/> Selbstzahler & Pflegekasse</p> <p> <input type="radio"/> Selbstzahler & Pflegewohngeld <input type="radio"/> Selbstzahler</p>			
<p>12. Personalausweisnummer: _____</p>			
<p>13. Kinder (bei mehreren Ehen getrennte Angaben)</p> <p>_____</p> <p>(Anzahl gesamt)</p>	<p>Volljährige</p> <p>_____</p> <p>(Anzahl)</p>	<p>Minderjährige</p> <p>_____</p> <p>(Anzahl)</p>	<p>Verstorbene</p> <p>_____</p> <p>(Anzahl)</p>
<p>14. Angehörige</p> <p>a) _____</p> <p>(wie verwandt?) (Vor- Zuname)</p> <p>_____</p> <p>(PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon)</p> <p>b) _____</p> <p>(wie verwandt?) (Vor- Zuname)</p> <p>_____</p> <p>(PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon)</p> <p>c) _____</p> <p>(wie verwandt?) (Vor- Zuname)</p> <p>_____</p> <p>(PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon)</p> <p>(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben.)</p>			
<p>15. Betreuer</p> <p>Vor- und Zuname: _____</p> <p>_____</p> <p>(PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon)</p> <p>Betreuungsumfang:</p> <p><input type="radio"/> Ämter <input type="radio"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="radio"/> Bank <input type="radio"/> Bauchgurt <input type="radio"/> Bettgitter</p> <p><input type="radio"/> freiheitsentziehende Maßnahmen <input type="radio"/> Generalvollmacht <input type="radio"/> Gesundheitsvorsorge</p> <p><input type="radio"/> Notar <input type="radio"/> Postvollmacht <input type="radio"/> Vermögenssorge</p>			

16. Beruf: erlernter Beruf: _____ zuletzt ausgeübter Beruf: _____
17. Krankenkasse (oder sonstige Kostenverträge für Arzt , Arznei usw.) _____
18. Versicherungsverhältnis (z. B. Rentner, freiwillige Mitglieder, Familienhilfe) _____
19. Mitglieds- Nr. der Krankenkasse oder Aktenzeichen des Behandlungskostenträgers _____
20. Erhaltene Pflegestufe <input type="checkbox"/> Seit: _____
21. Beantragte Pflegestufe <input type="checkbox"/> beantragt am: _____
22. Wer erhält die Rechnung: _____
23. Name des Hausarztes _____ (Titel) (Vor- Zuname) (Telefon) _____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Fax)
24. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? Vor- und Zuname: _____ _____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon) in welcher Eigenschaft? _____
25. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen _____ _____
26. Gewünschtes Bestattungsunternehmen _____

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf- verbindlich. Alle Angaben entsprechenden den Tatsachen.

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

_____, den _____
(Unterschrift des Antragstellers)

(Wenn nicht Personen gleich, auch Unterschrift des Aufzunehmenden)

Bitte überzeugen Sie sich , ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.