



**Anmeldung vollstationäre Pflege**  **Kurzzeitpflege**  **Tagespflege**

Name: .....		Vorname/n: .....	
Geburtsname: .....		Geburtsort: .....	
Geburtsdatum: .....		Staatsangehörigkeit: .....	
Konfession: .....		Familienstand: .....	
Anschrift: .....		Telefon: .....	
<b>1. Angehörige</b>		<b>2. Angehörige</b>	
Name, Vorname: .....		Name, Vorname: .....	
Verwandtschaftsgrad: .....		Verwandtschaftsgrad: .....	
Straße: .....		Straße: .....	
PLZ, Ort: .....		PLZ, Ort: .....	
Tel. priv.: ..... mobil: .....		Tel. priv.: ..... mobil: .....	
E-Mail: .....		E-Mail: .....	
Hausarzt: .....		Krankenkasse: .....	
Anschrift: .....		Versicherten-Nr.: .....	
Telefon: .....		Vers.Karte liegt vor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<b>Covid 19-Impfung:</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Rezeptgebührenbefreit: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Amtl. Betreuung <input type="checkbox"/> / Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> →		ausgestellt auf:	
Bestellungsurkunde / Vollmacht liegt vor:		Name, Vorname: .....	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Straße: .....	
Patientenverfügung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		PLZ, Ort: .....	
		Tel.: ..... mobil: .....	
Derzeitiger Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> → wurde ein Antrag gestellt?			
<i>Aktuellen Bescheid der Krankenkasse bitte vorlegen</i> <input type="checkbox"/> ja, am: ..... nein <input type="checkbox"/>			
<i>Nur bei vollstationärer Pflege</i>		Wurde ein Antrag auf Kostenübernahme durch das Sozialamt gestellt? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> → welches Sozialamt? ..... <b>wichtig: der Antrag auf Leistungen beim Sozialamt ist unbedingt vor Heimeinzug zu stellen!</b>	
Selbstzahler <input type="checkbox"/> → Rechnungsstellung an:			
Bewohner <input type="checkbox"/>			
Angehörige <input type="checkbox"/> wer: .....			
Amtl. Betreuer <input type="checkbox"/>		Gewünschter Aufnahmeterrain/-zeitraum	
Lastschriftverfahren gewünscht? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Unterbringung ist erwünscht im:			
Einzelzimmer* <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> <small>*Einzelzimmer stehen bei der Kurzzeitpflege nur begrenzt zur Verfügung</small>			
Nur bei Kurzzeitpflege: Telefon gewünscht? ja <input type="checkbox"/> → <i>Kosten pauschal 1,50 €/Tag</i> nein <input type="checkbox"/> Fernseher? ja <input type="checkbox"/> → <i>kostenfrei</i> nein <input type="checkbox"/>			
Wäschereinigung durch Vertragswäscherei* <input type="checkbox"/> durch Angehörige <input type="checkbox"/>			
<i>*Falls die Wäsche in unserer Vertragswäscherei gewaschen werden soll, müssen alle Wäschestücke mit einem Barcode zur Identifizierung versehen werden. Hierfür werden einmalig Kosten berechnet.</i>			
Ort, Datum:		Unterschrift des Antragstellers oder des Betreuers	

Die Erhebung dieser Daten ist für die strukturierte Vorbereitung eines Einzugs bzw. zur Vorbereitung eines Kurzzeit- oder Tagespflegeaufenthaltes erforderlich. Sollte ein Vertrag nicht zustande kommen, werden die aufgezeichneten Daten gelöscht. (1.1-11/19)

\* Im Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, die selbstverständlich alle Geschlechter immer mit einschließt.

QMH 1.1 Änderungsstatus: 0	Bearbeitet von: QMB, EL	Verantwortet von: EL	Freigegeben am: 17.06.2023 Inkrafttreten am: 17.06.2023	Hz.
-------------------------------	-------------------------	----------------------	--	-----