

Pflegeplatzanmeldung



Einzugsdatum	Zimmer	Debitor
--------------	--------	---------

Aufzunehmende Person		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers
Name, Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum, -Ort		
Konfession		
Familienstand		
Adresse		
Telefonnummer		
Derzeitiger Aufenthalt		

Ansprechpartner		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers
Name, Vorname		
Adresse		
Telefonnummer		
E-Mail		
Verwandtschaftsgrad		
Betreuer / Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

1

Zimmerwunsch		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer		<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
Befristung	Von - Bis	<input type="checkbox"/> Unbefristet

Pflegegrad			
Vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	Bewilligt am	Grad
	<input type="checkbox"/> Nein		
Anträge	Pflegegrad	Beantragt am	<input type="checkbox"/> nicht beantragt
	Höherstufung	Beantragt am	<input type="checkbox"/> nicht beantragt
Rezeptgebühr	<input type="checkbox"/> befreit		<input type="checkbox"/> nicht befreit

Krankenkasse / Pflegekasse	
Name	
Anschrift	
Versicherungsnummer	

Ärzte			
Name	Anschrift	Telefon	Funktion
			Hausarzt
			Facharzt für
			Facharzt für

Therapeuten und sonstige Versorger			
Name	Anschrift	Telefon	Funktion
			Ergotherapie
			Physiotherapie
			Logopädie
			Sanitätshaus
			Andere

Kostenregelung für Selbstzahler		
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in €
Kostenregelung für Beihilfeberechtigte		
Bezieht die Person Beihilfe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Art der Beihilfe		
Antrag auf Kostenübernahme	Antrag gestellt am	Antrag bewilligt am
Zuständiges Sozialamt		

2

Rechnungsempfänger	
<input type="checkbox"/> Aufzunehmende Person	<input type="checkbox"/> Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Andere	(Name, Vorname, Adresse)

Einzureichende Unterlagen		
Betreuerausweis	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Pflegegradbescheid	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Antrag auf Pflegegrad, Antrag auf Höherstufung	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Befreiung von Rezeptgebühr	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Rentenbescheid	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Kostenübernahmeerklärung	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Kostenübernahmeantrag	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Arztbrief, Medikamentenplan	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden

Wir sind eine offene Einrichtung. Wir können keine 24-Stunden-Beaufsichtigung gewährleisten. Unsere Bewohner können jederzeit die Einrichtung verlassen.

Diese Anmeldung ist unverbindlich und garantiert Ihnen keine Aufnahme in unsere Einrichtung.

Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller