



ANTRAG ZUR AUFNAHME - bitte vollständig ausfüllen

Kurzzeitpflege von _____ bis _____ -----bitte Antrag bei der Pflegekasse stellen

Kurzzeitpflege ohne Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V) -----Antrag muss vom Krankenhaus gestellt werden

Vollstationäre Pflege ab _____ nach der Kurzzeitpflege

Sonstiges: _____

Ärztlicher Fragebogen liegt vor:

EZ- Nr.: _____

DZ- Nr.: _____

ja nein

BEWOHNERDATEN

Name, Vorname	Geburtsdatum	Konfession	Nationalität			
Geburtsname	Geburtsort					
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon					
Derzeitiger Aufenthalt	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehaklinik <input type="checkbox"/> sonstiges:					
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> sonstiges:					
Aktueller Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> beantragt					
<input type="checkbox"/> ohne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Höhergradierung beantragt

WICHTIGE ANGEHÖRIGE

Name, Vorname,	Beziehungsgrad	<input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> Rechnungs- <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> empfänger <input type="checkbox"/> Benachrichtigung im Sterbefall <input type="checkbox"/> Benachrichtigung nachts <input type="checkbox"/> Bevorzugt benachrichtigen <input type="checkbox"/> Betreuer für Korrespondenz
Adresse, Telefon, Mailadresse		
Name, Vorname,	Beziehungsgrad	<input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> Rechnungs- <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> empfänger <input type="checkbox"/> Benachrichtigung im Sterbefall <input type="checkbox"/> Benachrichtigung nachts <input type="checkbox"/> Bevorzugt benachrichtigen <input type="checkbox"/> Betreuer für Korrespondenz
Adresse, Telefon, Mailadresse		

KOSTENTRÄGER / FINANZIERUNG DER HEIMKOSTEN

Krankenkasse / Pflegekasse / Versicherungsnummer	<input type="checkbox"/> Beihilfe: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Beihilfestelle:
<input type="checkbox"/> Selbstzahler	Die Kosten des Eigenanteils können vollständig getragen werden - siehe Preisliste	
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe ist	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> genehmigt bei: _____

HAUSARZT - BISHERIGER HAUSARZT (NAME, ANSCHRIFT, TELEFON)

Betreut sie Ihr Hausarzt weiter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wird geklärt	<input type="checkbox"/> Neuer Hausarzt der Einrichtung:	Zuzahlungsbefreiungen Medikamente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--	--

VERBINDLICHE AUFNAHME - MIT DER UNTERSCHRIFT KOMMT DER VERTRAG ZUSTANDE

Die Information gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) wurde ausgehändigt.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------