



ANTRAG ZUR AUFNAHME - bitte vollständig ausfüllen

☐

<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege von _____ bis _____ -----bitte Antrag bei der	Pflegekasse stellen
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege ohne Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V) -----Antrag muss vom	Krankenhaus gestellt werden
<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege ab _____ <input type="checkbox"/> nach der Kurzzeitpflege	
Sonstiges: _____	Ärztlicher Fragebogen liegt vor:
<input type="checkbox"/> EZ- Nr.: _____ <input type="checkbox"/> DZ- Nr.: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 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 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	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

<input checked="" type="checkbox"/> Die Information gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) wurde ausgehändigt.	
Ort, Datum	Unterschrift

--	--	--	--	--	--