

Anmeldung zur Aufnahme

Wichtig: bitte ausfüllen, da sonst keine Aufnahme möglich ist!

Persönliche Angaben (zutreffendes bitte ankreuzen)

- vorsorgliche Anmeldung Kurzzeitpflege von _____ bis _____
 Vollstationäre Pflege Tagespflege

Nachname		Vorname	
Geb.-Datum		Geb.-Ort	
Geb.-Name		Tel. Nummer	
Straße		Wohnort	
Familienstand		Staatsangehörigkeit	
Konfession		erlernter Beruf	

Derzeitiger Aufenthalt

- wie oben
 Krankenhaus/ andere Einrichtung

Namen der Einrichtung	
Ort	
Aufnahmegrund	
Tel. Nummer	

Ansprechpartner (in) – auch während einer Kurzzeitpflege

1.

Name		Vorname	
Straße		Wohnort	
Tel. Nummer		Handy	
Verwandtschaftsgrad		e-Mail	

2.

Name		Vorname	
Straße		Wohnort	
Tel. Nummer		Handy	
Verwandtschaftsgrad		e-Mail	

- Gerichtlich Bestellte(r) Betreuer(in) ja nein
 Inhaber(in) von Vollmachten ja nein
 Patientenverfügung ja nein
 Nachweis jeweils bitte beifügen (Kopie)

Name		Vorname	
Straße		Wohnort	
Telefon privat		Telefon dienstlich	
e-Mail		Umfang der Vollmacht	

Betreuung wird / ist angeregt bzw. beantragt ja nein

Vollmacht vorhanden: Generalvollmacht Teilvollmacht



Hausarzt kommt ins Haus ja nein

Name des Arztes		Tel. Nummer	
Anschrift		Ort	

ggf. behandelnder Facharzt

Name des Arztes		Tel. Nummer	
Anschrift		Ort	

Pflegekasse/ Krankenkasse

Namen der Kasse		Versichertennummer	
-----------------	--	--------------------	--

Befreiung von Rezeptgebühren ja nein

Einstufung der Pflegekasse/ Krankenkasse in Grad 0 1 2 3 4 5
Einstufung beantragt ja nein

Achtung! Die Zusage der Kostenübernahme der Pflegekasse/ Krankenkasse muss **spätestens am Aufnahmetag** beantragt sein!

Zusage der Kostenübernahme: liegt vor ist beantragt

KOSTENREGELUNG BEI AUFNAHME	<u>Achtung – unbedingt ausfüllen!</u>
<input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegekasse/ Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> eigenes Einkommen	
<input type="checkbox"/> Leistungen vom Versorgungsamt Art: _____	
<input type="checkbox"/> Beihilfe	
<input type="checkbox"/> Kostenübernahme ist beim zuständigen Sozialamt in _____ am _____ beantragt	

Wer soll die Rechnung über den Eigenanteil erhalten?

Bewohner/ Gast 1. Ansprechpartner(in) 2. Ansprechpartner(in)

Bankverbindung

Name des Kontoinhabers	
------------------------	--

IBAN		BIC	
------	--	-----	--

Besondere Wünsche (z.B. Zimmerwunsch, Mitnahme von Möbeln, persönliche Gegenstände)

--

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei/ wird versandt.

Vor Beginn der stationären Dauerpflege muss die Vorauszahlung von 1200,- € bezahlt werden Vor Beginn der Kurzzeitpflege muss die Vorauszahlung in Höhe von 300,- € bezahlt werden
Bankverbindung: Volksbank Kinzigtal IBAN DE 82664927000030401700- BIC GENODE61KZT Sparkasse Wolfach IBAN DE 476645277600001061556- BIC SOLADES1WOF

Ort, Datum

Unterschrift