

Anmeldung zur Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

| | |
|--|---|
| Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis. | |
| 1. Zuname: (Familiename, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben) | |
| 2. Vorname(n): (Rufname bitte unterstreichen) | |
| 3. Wohnung: (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet) | _____ (Postleitzahl) (Wohnsitz, Gemeinde) _____ (Straße und Hausnummer) |
| 4. Nebenwohnung: (Mit zweitem Wohnsitz polizeilich gemeldet) | _____ (Postleitzahl) (Wohnsitz, Gemeinde) _____ (Straße und Hausnummer) |
| 5. Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim? | _____ (Name des Krankenhauses oder des Heims) _____ (Anschrift des Krankenhauses oder des Heims) |
| Annahmetag: _____, _____, _____ | Aufnahmegrund: _____ |
| 6. Geburtsdaten: (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben) | am: _____ in: _____ |
| 7. Familienstand: | 8. Konfession: |
| 9. Staatsangehörigkeit: | |
| 10. Angehörige: | |
| a) _____ (wie verwandt?) | _____ (Vor- und Zuname) |
| _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) | _____ (Straße, Hausnummer) |
| Telefon _____ | E-Mail-Adresse _____ |
| b) _____ (wie verwandt?) | _____ (Vor- und Zuname) |
| _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) | _____ (Straße, Hausnummer) |
| Telefon _____ | E-Mail-Adresse _____ |
| c) _____ (wie verwandt?) | _____ (Vor- und Zuname) |
| _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) | _____ (Straße, Hausnummer) |
| Telefon _____ | E-Mail-Adresse _____ |
| (Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!) | |

| | |
|---|---|
| 11. Betreuer: | |
| (Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen) | _____ (Vor- und Zuname) |
| | _____ (Straße und Hausnummer) |
| 12. Impfstatus (Beim Einzug den Impfnachweis vorlegen): _____ | |
| 13. Krankenkasse: | |
| 14. Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welcher? _____; ab _____.____._____ | |
| 15. Versicherungsverhältnis: (gesetzlich / privat) | |
| 16. Mitgliedsnummer der Krankenkasse: | |
| 17. Zuzahlungsbefreit: | bei Arzneimitteln: bei Kuren, Transporten, Physiotherapie: |
| 18. Name des Hausarztes: | Dr.: Anschrift: |
| 19. Monatliches Einkommen: (nach heutigem Stand) | |
| _____ | |
| (Name und Anschrift der Pflegeversicherung) | |
| 20. Gewünschte Unterbringung: (Zutreffende bitte ankreuzen) | |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | |
| <input type="checkbox"/> Doppelzimmer | |
| 21. Termin: (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?) | |
| 22. Besondere Wünsche? (Welche? Warum?) | |
| 23. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? | |
| | _____ (Vor- und Zuname) |
| | _____ (Straße und Hausnummer) |
| | _____ (In welcher Eigenschaft?) |

