

Anmeldung zur Aufnahme

(Zutreffendes bitte ankreuzen
bzw. ausfüllen)

gewünschter Aufnahmeterrmin:

BITTE FREILASSEN (wird vom Seniorenzentrum ausgefüllt)	
Anmeldedatum:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E
Aufnahmedatum:	
<input type="checkbox"/> KZP:	-
<input type="checkbox"/> VHP:	-
<input type="checkbox"/> VST:	
<input type="checkbox"/> Phase F:	
Tagesgast:	-
Zimmer Nr.:	<input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ
Pflegestufe:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3H <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/> AH

1. persönliche Daten	
Name & Vorname:	
Geburtsdatum & -ort:	Geburtsname:
Straße:	PLZ & Wohnort:
Telefon:	Konfession:
Familienstand:	Staatsangehörigkeit:

2. Aufenthaltsort zurzeit
<input type="checkbox"/> z. B. Krankenhaus (Bezeichnung):
<input type="checkbox"/> eigene Wohnung, Anschrift s. o.
<input type="checkbox"/> sonstiges:
<input type="checkbox"/> frühere Unterbringungen *:

* Name der (Pflege-) Einrichtung

3. Betreuung* <input type="checkbox"/> / Vollmacht* <input type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden* <input type="checkbox"/>
Name Betreuer / In, Bevollmächtigte / r:
Anschrift:
Telefon:

* falls vorhanden, bitte Urkunden / Nachweise beifügen!

Anmeldung - Verwaltung	Erstellt	Freigegeben	Bearbeitet	Revisionsstand: 0 Seite: 1
Datum	20.09.2012	20.09.2012		
Name	Sterthaus, Jens	Sander, Gunnar		

4. Angehörige	
1.	Name: Verwandtschaftsgrad:
	Anschrift:
	Telefon: e Mail:
2.	Name: Verwandtschaftsgrad:
	Anschrift:
	Telefon: e Mail:

5. Krankenkasse <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	
Name / Bezeichnung:	
Anschrift:	
Versichertennummer:	
Pflegeeinstufung *:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 H
<small>* falls vorhanden, bitte Einstufungsbescheid beifügen!</small>	<input type="checkbox"/> Antrag Einstufung <input type="checkbox"/> Eilantrag <input type="checkbox"/> Antrag Höherstufung
<input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung:	

6. Telefonanschluss	
Wird ein Telefonanschluss gewünscht?	<input type="checkbox"/> Vollamt <input type="checkbox"/> Halbamt <input type="checkbox"/> kein Anschluss

7. Finanzierung der Pflegekosten durch ...	
<input type="checkbox"/>	eigenes Vermögen / (Renten-) Einkommen
<input type="checkbox"/>	Sozialhilfe (örtlicher Sozialhilfeträger)
<input type="checkbox"/>	Kriegsopferfürsorge (überörtlicher Sozialhilfeträger)
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:
ERKLÄRUNG:	
Ich bestätige, die Informationen zur Gewährung von Sozialhilfe zur Kenntnis genommen zu haben. Aufgrund der aktuellen Einkommens- und Vermögenssituation sind	
Sozialhilfeanträge zu stellen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

8. Rechnungsanschrift	
<input type="checkbox"/> siehe Betreuung	<input type="checkbox"/> siehe Angehörige 1.) <input type="checkbox"/> siehe Angehörige 2.)
Name:	
Anschrift:	
Telefon:	e Mail:
<input type="checkbox"/> Lastschriftinzug * bitte anliegende Einzugsermächtigung ausfüllen!	

9. Hinweise / Bemerkungen / Sonstiges
bei Aufnahme aus dem Krankenhaus bitte Anschrift des Hausarztes angeben! <input type="checkbox"/>

Datum:	Name Antragsteller:
	Unterschrift Antragsteller: