



Anmeldung

- vollstationäre Pflege, erwünscht ab:.....
- Kurzzeitpflege, erwünscht vonbis.....
- Verhinderungspflege, erwünscht vonbis.....

im Seniorenzentrum

- Martin Luther Streitberg
- Lindenhof Unterleinleiter
- Fränkische Schweiz Ebermannstadt

1. Persönliche Angaben

Vor- und Zuname:..... Geburtsdatum:.....

Geburtsname: Geburtsort:.....

Adresse: Tel:.....

Familienstand: Konfession: Gewicht:.....kg

2. Bisher behandelnder Arzt (Hausarzt)

Name.....Straße, Hausnr.....

Postleitzahl, Ort.....Telefonnr.....Fax:.....

3. Ansprechpartner für alle Angelegenheiten?

- Bevollmächtigter
- Betreuer
- Angehöriger (Verwandtschaftsgrad:

Name: Telefon+Handy:.....

Anschrift: email:

ggf. weitere Ansprechpartner:.....

4. Einstufung durch den medizinischen Dienst der Pflegekasse

- Pflegegrad 2 (-> Mindestvoraussetzung für die Aufnahme zur Kurzzeitpflege/Verh.-Pflege)
- Pflegegrad 3 (-> Mindestvoraussetzung für die Aufnahme zur stationären Pflege)
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5
- keine Einstufung
- Einstufung wurde beantragt am

5. Schutzimpfung Corona (Voraussetzung für eine Heimaufnahme)

1. Impfung durchgeführt am: _____

2. Impfung durchgeführt am: _____

3. Booster-Impfung durchgeführt am: _____

6. Ihre Pflegekasse

Pflegekasse....., Anschrift:.....
.....
Versichertennummer.....



Antrag auf stationäre Leistungen Kurzzeitpflege wurde gestellt: ja nein

Wurde in diesem Kalenderjahr bereits Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

in Anspruch genommen? ja nein

es besteht Anspruch auf Beihilfe

es liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor

7. Übernahme der Kosten durch das zuständige Sozialamt muss beantragt werden:

nein, Kosten werden selbst aufgebracht.

ja, Antrag auf Kostenübernahme wurde gestellt beim Bezirk.....

ja, Antrag auf Kostenübernahme wird gestellt beim Bezirk.....

8. Ist eine beschützende Unterbringung notwendig?

nein

ja, Beschluss liegt vor.

ja, Antrag für die Unterbringung wurde beim Amtsgerichtgestellt

ja, Antrag für die Unterbringung wird beim Amtsgericht.....gestellt.

9. gewünschtes Zimmer

nur Einzelzimmer

beides nach früherer Verfügbarkeit

nur Doppelzimmer

9. Die Wäsche wird im Haus gezeichnet und gewaschen.

10. Zur Beachtung vor der Heimaufnahme:

.....
.....

11. Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren?

Krankenhaus

Angehörige von Bewohnern im Haus

Bekannte

Zeitung / Mitteilungsblatt

Internet

Sonstiges: _____

Ort

Datum

Unterschrift des Anmeldenden

Unsere Einrichtungen sind zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 und dem Qualitätssiegel Pflegemanagement.