

Anmeldung

Vollstationäre Pflege, erwünscht ab:.....

Kurzzeitpflege, erwünscht vonbis.....

Verhinderungspflege, erwünscht vonbis.....

Gewünschtes Zimmer nur Einzelzimmer nur Doppelzimmer beides nach früherer Verfügbarkeit

1. Persönliche Angaben

Vor- und Zuname:.....

Geburtsdatum:.....

Geburtsname: Geburtsort:.....

Adresse:

Telefonnummer:.....

Familienstand: Konfession:

2. Bisher behandelnder Arzt (Hausarzt)

Name.....Telefonnummer:.....

Anschrift:

3. Angehörige

1. Vor- und Zuname:.....Telefonnummer:.....

Anschrift:

E-Mail:.....

Bevollmächtigter Betreuer Angehöriger (Verwandtschaftsgrad:

2. Vor- und Zuname:.....Telefonnummer:.....

Anschrift:

E-Mail:.....

Bevollmächtigter Betreuer Angehöriger (Verwandtschaftsgrad:

4. Rechnungsempfänger/in

Postempfänger/in

Vor- und Zuname:.....Telefonnummer:.....

Anschrift:

5. Betreuer

Vor- und Zuname:.....Telefonnummer:.....

Anschrift:

6. Einstufung durch den medizinischen Dienst der Pflegekasse

- Pflegegrad 2 (-> Mindestvoraussetzung für die Aufnahme)
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5
- keine Einstufung
- Einstufung wurde beantragt am.....

7. Ihre Pflegekasse

Pflegekasse.....

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 (bitte Kopie des Ausweises beilegen)

8. 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.....

9. Bankverbindung

..... |

Bankverbindung (Name und BIC)

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN

Kontoinhaber:.....

Ort, Datum

Unterschrift

Für Verwaltung/PDL:

Zimmernummer:

Telefonnummer: