



Anmeldung

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

1. Persönliche Angaben

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

Geburtsname: Geburtsort:.....

Adresse: Tel:.....

Familienstand:.....Konfession:

2. Bisher behandelnder Arzt (Hausarzt)

Name.....Anschrift:

(Ggf. Wechsel des Hausarztes zu: Name.....Anschrift:

3. Ansprechpartner für alle Angelegenheiten?

- Bevollmächtigter Betreuer Angehöriger (Verwandtschaftsgrad:

(Vollmacht/Betreuerausweis bitte in Kopie beilegen)

Name: Telefon:.....

Anschrift: E-Mail-Adresse.....

weitere Ansprechpartner:

Name: (Verwandtschaftsgrad:

Telefon:.....

Anschrift:

Name: (Verwandtschaftsgrad:

Telefon:.....

Anschrift:

4. Einstufung durch den medizinischen Dienst der Pflegekasse

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



5. Schutzimpfung Corona

Wurden Sie bereits geimpft? Falls ja:

1. Impfung wurde durchgeführt am:.....

2. Impfung wurde durchgeführt am:

Falls nein:

Impfung gewünscht Impfung nicht gewünscht

6. Ihre Pflegekasse

Pflegekasse.....in.....

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.

9. gewünschtes Zimmer

nur Einzelzimmer beides nach früherer Verfügbarkeit

nur Doppelzimmer

10. Soll die Wäsche gezeichnet und im Haus gewaschen werden?

ja

nein

11. Zur Beachtung vor der Heimaufnahme:

.....
.....

Ort

Datum

Unterschrift des Anmeldenden