



Anmeldung

- vollstationäre Pflege, erwünscht ab:
- Kurzzeitpflege, erwünscht von bis
- Verhinderungspflege, erwünscht von bis

im Seniorenzentrum

- Martin Luther Streitberg Lindenhof Unterleinleiter Fränkische Schweiz Ebermannstadt

1. Persönliche Angaben

Vor- und Zuname: Geburtsdatum:

Geburtsname: Geburtsort:

Adresse: Tel:

Familienstand: Konfession: Gewicht:

2. Bisher behandelnder Arzt (Hausarzt)

Name: Straße, Hausnr:

Postleitzahl, Ort: Tel.: Fax:

3. Ansprechpartner für alle Angelegenheiten?

- Bevollmächtigter Betreuer Angehöriger, Verwandtschaftsgrad:

Name: Telefon + Mobil.:

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 liegt nicht vor liegt vor:

1. Impfung durchgeführt am:

2. Impfung durchgeführt am:

Letzte Auffrischimpfung 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 bereits 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 bereits beim Amtsgericht gestellt.

ja, Antrag für die Unterbringung wird beim Amtsgericht gestellt.

9. gewünschtes Zimmer

nur Einzelzimmer beides, je nach früherer Verfügbarkeit

nur Doppelzimmer

10. Information: Die Wäsche wird im Haus gezeichnet und gewaschen.

11. Zur Beachtung vor der Heimaufnahme:

.....
.....

12. Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren?

Krankenhaus Angehörige von Bewohnern im Haus Bekannte

Zeitung / Mitteilungsblatt Internet Sonstiges:

.....
Ort

.....
Datum

.....
Name, ggf. Unterschrift des Anmeldenden

- Unsere Einrichtungen sind zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 -

