



Anmeldung

- vollstationäre Pflege, erwünscht ab:.....
- Kurzzeitpflege, erwünscht vonbis.....
- Verhinderungspflege, erwünscht von bis.....
- Tagespflege, erwünscht an folgenden Tagen.....

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?

- a) Bevollmächtigter Betreuer Angehöriger (Verwandtschaftsgrad:)
- Name: Telefon:.....
- Anschrift: E-Mail:
- b) Bevollmächtigter Betreuer Angehöriger (Verwandtschaftsgrad:)
- Name: Telefon:.....
- Anschrift: E-Mail:.....
- c) Bevollmächtigter Betreuer Angehöriger (Verwandtschaftsgrad:)
- Name: 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. 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

6. 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.....

7. Ist eine beschützende Unterbringung notwendig?

nein

ja, Beschluss liegt vor.

8. gewünschtes Zimmer

nur Einzelzimmer

beides nach früherer Verfügbarkeit

nur Doppelzimmer

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

ja

nein

10. Covid 19 Impfung: ja,wann..... nein

11. Zur Beachtung vor der Heimaufnahme:

.....

.....

Ort

Datum

Unterschrift des Anmeldenden