



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.....Anschrift:

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

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:_____

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. Soll die Wäsche gezeichnet und im Haus gewaschen werden?

ja nein

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.