



Allgemeine Angaben zur Person:

Nachname	Geb. Name:
Vorname	
Straße	
PLZ	Ort
Geb. Datum:	Familienstand
Geb. Ort	Konfession

Angehörige/ r 1

Angehörige/ r 2

Verwandschaftsverhältnis:	Verwandschaftsverhältnis:
Frau/Herr:	
Straße:	
Ort:	
Tel.-Festnetz	
Tel.-Handy:	

Name Krankenkasse:

Pflegestufe: 0 1 2 3 3H

Mit Sitz in:
Kostenzusage Pflegekasse: a) liegt bei b) folgt c) ist beantragt

Bisheriger Hausarzt:

Name
Telefon

Die folgenden Leistungen werden von uns gegen entsprechende Abrechnung über die Barbetragsverwaltung übernommen. Falls Sie dieses wünschen, kreuzen Sie bitte die jeweilige Dienstleistung an.

<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> Fußpflege
<input type="checkbox"/> Einkauf in der Cafeteria	<input type="checkbox"/> Friseur
<input type="checkbox"/> Chemische Reinigung/ Woll- und Handwäsche	<input type="checkbox"/> Medikamentenabrechnung
<input type="checkbox"/> Manuelles Bügeln	

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Wäschestücke (0,24€ je Wäschestück) durch die Einrichtung gekennzeichnet werden, da ich sonst das Risiko des Wäscheverlustes trage. Ja / Nein



Finanzierung Heimkosten (bitte Kopien als Nachweise beilegen)

Art des monatlichen Einkommens	Betrag in €
z.B. Rente und Pension	
Sonstige Erträge (Zinsen, Mieteinkünfte)	
...	
...	

Die Heimkosten sind gedeckt durch:

- das oben aufgeführte Einkommen
- das zuständige Sozialamt in, Antrag ist gestellt

Der Antrag beim zuständigen Sozialamt inmuss noch gestellt werden.

Falls eine Betreuung vorhanden ist:

Name BetreuerIn:	
Telefonnummer:	
Grund:	AZ:

Sonstiges:

Gewünschter Termin des Einzugs:
Aus welchem Grund wird eine Aufnahme gewünscht ?
Rauchen Sie ? Ja/ Nein
Zuzahlungsbefreiung Krankenkasse liegt vor ? Ja / Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ? Bitte kreuzen Sie entsprechend an:

- durch die Gemeinschaft Pflegeberatung
- durch das Krankenhaus, Name:
- durch unseren Arzt, Fr./ Hr.
- durch Werbung
- durch Freunde/ Bekannte/ Verwandte
- durch Besuch von Veranstaltungen in unserer Einrichtung

...

Haben Sie noch weitere Fragen? So rufen Sie bitte in der Verwaltung unter der Telefonnummer: 04152-88 38-17 oder 18 an.

Ort, Datum: _____

Unterschrift zukünftige/r Bewohner/in: _____

Version: 003	Freigabe am: 30.03.10	Seite 2 von 2	Ausdruck vom: 06.04.2010
Erarbeitet durch: QZ	Geprüft durch: HL Freigabe durch: HL	H:\QMB\QM-Handbuch\Kapitel K - Kernprozesse\K1 Pflege\K 1.1 Pflegeorganisation\K 1.1.5 Heimeinzug\K 1.1.5 Anmeldebogen stationär.doc	