

☐ vollstationäre Pflege ☐ Kurzzeitpflege ☐ Verhinderungspflege

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geboren am: _____ in: _____

Meldeadresse: _____

Familienstand: ☐ alleinstehend ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend
 ☐ geschieden ☐ verwitwet

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Besteht eine private Haftpflicht-/Hausratversicherung? ☐ Ja ☐ Nein

Zuzahlungsbefreiung: ☐ ja ☐ nein

Pflegegrad: ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Höherstufung beantragt am _____ durch wen? _____

Vollstationäre Pflege beantragt?

☐ ja am _____ durch wen? _____ ☐ nein

Derzeitiger Aufenthalt:

☐ Meldeadresse: _____

☐ Krankenhaus: _____

☐ Andere stat. Pflegeeinrichtung: _____

bezogen am: _____

☐ KZPF oder ☐ Verhinderungspflege: von _____ bis _____

In die Pflege mit einbezogen war: ☐ Ambulante Pflege, Tagespflege, WG, Betreutes Wohnen:

Hausarzt: Name: _____

Anschrift, Telefon/ Fax _____

Fachärzte: Fachrichtung, Name, Anschrift, Telefon/ Fax

☐

☐

☐

☐

Aus welchen Gründen wird die Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung gewünscht?

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege: §42a SGB XI gemeinsamer Jahresbetrag 3.539 €
Wieviel haben Sie in diesem Jahr bereits verbraucht? Bitte fordern sie Ihren derzeit noch vorhandenen Betrag bei Ihrer Pflegekasse an.

Sondennahrung: ☐ ja ☐ vollständig ☐ teilweise, da Schlucktraining

Zu wann wird die Aufnahme gewünscht? _____

Angehörige/ Betreuer:

Name, Vorname: 1. _____ 2. _____

Verhältnis: _____

Wohnhaft in: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Mail: _____

Rechte:

☐ Aufenthaltsbestimmungsrecht

☐ Gesundheit

☐ Wohnungsangelegenheit

☐ Vermögenssorge

Vorhanden ist:

Betreuerausweis ☐ ja

☐ nein

Vorsorgevollmacht ☐ ja

☐ nein

Generalvollmacht ☐ ja

☐ nein

Patientenverfügung ☐ ja

☐ nein

Bestattungsinstitut: _____

Gesetzliche Erbfolge: _____

Sonstiges:

Apotheke: Vertragsapotheker ☐ ja ☐ nein andere Apotheke: _____

Fußpflege:

Friseur:

☐ kosmetisch ☐ podologisch (Rezept)

Wer organisiert? ☐ Haus Harmonie

☐ Haus Harmonie

☐ eigene, Wer? _____

Kontakt/ Telefon: _____

Post: ☐ im WB sammeln und aushändigen an: _____

☐ senden an: _____

Wünschen Sie ein Telefon im Zimmer?

Wünschen Sie Wlan?

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

Bemerkungen/ Ergänzungen:

Influenza Impfung ☐ ja ☐ nein wann erhalten? _____

Hinweis:

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie verpflichtet sind, uns vor dem Einzug eine ärztliche Bescheinigung nach § 36 Abs. 4 IfSG vorzulegen, aus welchem hervorgeht, dass Sie nicht an Lungentuberkulose erkrankt sind. Sie erhalten eine solche Bescheinigung bei Ihrem Hausarzt. Die etwaigen Kosten für diese Bescheinigung werden von der Einrichtung nicht übernommen.

Ärztliche Bescheinigung ausgehändigt: (auch KZPF)

☐ ja

☐ nein

Wünschen Sie ein Verfügungsgeldkonto?

☐ ja

☐ nein

Stellen Sie einen Antrag „Hilfe zur Pflege“ (Sozialamt)

☐ ja

☐ nein

Rückstellung Lastschriftverfahren?

bis Kostenübernahme-Sozialamt vorhanden

☐ ja

☐ nein

(Info, Frau Chomek am:.....erfolgt.)

Mailadresse zum Versand unserer digitalen Rechnungen:

Sie haben keine Mailadresse? Postalische Rechnungsadresse:

Kontoverbindung:

Geldinstitut: _____

IBAN: _

Kontoinhaber: _____

Gern können Sie uns an dieser Stelle, noch weitere Informationen geben.

Datum

Unterschrift Antragsteller