

Eingangsvermerk:	
Aufnahmedatum:	
A=Aufnahme Vollstationär:	<input type="checkbox"/>
Zimmer / Wohnbereich:	
V=Verhinderungspflege:	<input type="checkbox"/>
K=Kurzzeitpflege:	<input type="checkbox"/>

Haus Horeb



Lichterfelder Allee 45, 14513 Teltow
 Tel. / Fax: 03328 – 433 234 / 260
 Email: alexander.pillau@diakonissenhaus.de

Anmeldung zur Aufnahme

1. Name, Geburtsname, Vorname			
2. Adresse Straße, PLZ, Ort Telefonnummer			
3. Derzeitige Anschrift	Diakonisse im Konzernverbund EDBTL? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
4. Geburtsdaten/-ort	Datum	Ort	
5. Familienstand		6. Konfession	7. Staatsangehörigkeit
8. Angehörige	Name ,Vorname		Telefon
	wie verwandt	Funk	Mail
	Straße/PLZ/Ort		
	Name ,Vorname		Telefon
	wie verwandt	Funk	Mail
	Straße/PLZ/Ort		
9. <input type="checkbox"/> Amtl. Betreuer/ <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	Name, Vorname		
	Geburtsdatum		
	Straße/PLZ/Ort		
	Vollmacht/Betreuung seit		
	Mail/Funk		Telefon
10. Hausarzt	Name , Vorname		Telefon + Fax/Mail
	Straße/PLZ/Ort		
11. Sozialhilfeträger	Name , Vorname		Telefon + Fax
	Straße/PLZ/Ort		
Welches Sozialamt ist zuständig?			
12. Krankenkasse/ Pflegekasse/ PKV	Name		Telefon + Fax
	Straße		Mitglieds Nr. (KV-Nr.)
	PLZ/Ort		Beihilfeanspruch ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
13. Laufende Leistungen	Pflegegrad n. SGB XI:	Selbstzahler	Sozialhilfe
	Höherstufung beantragt:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

14. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/>	Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	Termin zur Aufnahme:
15. Besonderheiten			
16. PA-Ausweis Nr.			VVI ausgehändigt Datum:
Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten:		Unterschrift der Pflegedienstleitung/Einrichtungsleitung:	
Ort, Datum			

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme / MDK -Bericht/Krankenhausüberleitungsbogen einsenden)

Bitte nur bei Aufnahme ausfüllen:

17. Rechnungsanschrift	Name ,Vorname	
	Straße	
	PLZ/Ort	
18. Einzugsermächtigung	(bitte Kopie als Anlage)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
19. Kostenübernahmebescheid der Pflegekasse eingereicht am :		
20. Pflegegradbescheid:		
21. Sondennahrung: Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein		