

Seniorenhof „Mückenberger Ländchen“

Mückenberger Str. 45, 01979 Lauchhammer

Tel.: 03574/462174

Fax: 03574/462102

Aufnahme-Datum:	
A =Aufnahme Vollstationär:	<input type="checkbox"/>
Zimmer/Wohnbereich:	<input type="checkbox"/>
V =Verhinderungspflege:	<input type="checkbox"/>bis.....
K = Kurzzeitpflege:	<input type="checkbox"/>bis.....

Anmeldung zur Aufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden)

1. Vor- und Zuname, Geburtsname				
2. Adresse:	Straße, PLZ, Ort		Telefon	
3. Derzeitige Anschrift:				
4. Geburtsdaten/- ort	Datum	Ort		
5. Familienstand	6.Konfession:	7. Staatsangehörigkeit:		
8. Angehörige 1)	Name	Telefon		
	wie verwandt	Funk	Mail	
	Straße/PLZ/Ort			
	2)	Name	Telefon	
		wie verwandt	Funk	Mail
		Straße/PLZ/Ort		
9. <input type="checkbox"/> Amtl. Betreuer Bitte Kopie beilegen <input type="checkbox"/> Bevollmächtig.	Name			
	Straße/PLZ/Ort			
	Mail/Funk	Telefon		
10. Hausarzt	Name		Telefon	
	Straße/PLZ/Ort			
11. Sozialhilfeträger Welches Sozialamt ist zuständig?	Name		Telefon	
	Straße/PLZ/Ort			
12. Krankenkasse/ Pflegekasse/ PKV	Name		Telefon	
	Straße		Mitglieds Nr. -	
	PLZ/Ort		Beihilfe- anspruch ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
13. Laufende Leistungen: Bitte Kopie beilegen	Pflegegrad n. SGB XI:	zusätzl. Betreuung gem. § 45a-b / 87b <input type="checkbox"/>	Selbstzahler Sozialhilfe ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	Termin zur Aufnahme:			
14. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/>	Doppelzimmer <input type="checkbox"/>		
	Termin zur Aufnahme:			
15. Besonderheiten Wünschen Sie im Fall des Ablebens die Aussegnung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Unterschrift des Antragstellers:		Unterschrift der Pflegedienstleitung/Einrichtungsleitung:		
Ort, Datum				

Bitte nur bei Aufnahme ausfüllen

17. Rechnungsempfänger	Name			
	Straße			
	PLZ/Ort			
18. Einzugsermächtigung	(bitte Kopie als Anlage)	Ja	Nein	
19. Bescheid der Pflegekasse Bitte Kopie beilegen				

Inkontinenz	Ja ab:	Nein
Sondennahrung	Ja ab	Nein
Zuzahlungsbefreiung Bitte Kopie beilegen	Ja ab	Nein