

Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> ab: _____
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> von _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> von _____ bis: _____
Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/> von _____ bis: _____
Wohnbereich/Zimmer	_____

Anmeldung zur Aufnahme

1. Vor- und Zuname, Geburtsname			
2. Adresse	Straße, PLZ, Ort		Telefon
	Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3. Derzeitige Anschrift			
4. Geburtsdatum/-ort	Geburtsdatum	Geburtsort	
5. Familienstand	6. Konfession		7. Staatsangehörigkeit
8. Angehörige 1)	Name		Telefon
	Verwandtschaftsverhältnis		Funk
	Straße, PLZ, Ort		Email
	Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2)	Name		Telefon
	Verwandtschaftsverhältnis		Funk
	Straße, PLZ, Ort		Email
	Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
9. <input type="checkbox"/> Amtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Vorsorgebevollmächtigter	Name		Telefon
	Straße, PLZ, Ort		Funk
	Betreuerausweis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein:	Rechnungsempfänger <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Email
10. Hausarzt	Name		Telefon
	Straße, PLZ, Ort		
	Weiterbehandlung in Pflegeeinrichtung durch behandelnden Arzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11. Sozialhilfeträger Welches Sozialamt ist zuständig?	Name		Telefon
	Straße, PLZ, Ort		
12. Krankenkasse/ Pflegekasse/PVK	Name		Mitgliedsnummer
	Straße, PLZ, Ort		Beihilfeanspruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

13. Laufende Leistungen (Bescheid bitte beilegen)	Pflegegrad nach SGB XI		Höherstufung beantragt am:		Selbstzahler: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sozialhilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/>		Doppelzimmer <input type="checkbox"/>		Termin zur Aufnahme
15. VVI	Vorvertragliche Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein erhalten am:				
16. PA-Ausweisnummer		17. Einzugsermächtigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	18. Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	19. Inkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	20. Sondennahrung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	21. Aussegnungswunsch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten/Betreuer			Unterschrift der Pflegedienstleitung/Einrichtungsleitung		
Ort, Datum					

Um bei wesentlichen Entscheidungen in Ihrem Sinne handeln zu können, benötigen wir Informationen zu folgenden Dokumenten:

- Ärztliches Gutachten** (Verlegungsbericht Krankenhaus) vorhanden? ja nein
- Ärztlicher Fragebogen** (Hausarzt) vorhanden? ja nein
- Vorsorgevollmacht/Betreuerausweis** vorhanden? ja (bitte beilegen) nein
 befristet unbefristet

Vorsorgevollmacht/Betreuerausweis beinhaltet folgende Befugnisse/**Aufgabenkreise**:

- Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge Vertretung gegenüber Behörden
 Vermögenssorge Post- und Schriftverkehr Wohnungs- und Heimangelegenheiten

- Patientenverfügung** vorhanden? ja (bitte beilegen) nein
- Bestattungsvorsorgevertrag** vorhanden? ja nein

Gewünschtes Bestattungsunternehmen:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

- Haftpflichtversicherung** vorhanden? ja nein

Sonstige Bemerkungen: