

Anmeldung zur Heimaufnahme – Kurzzeitpflege und / oder Dauerpflege

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geb. am _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Geb. Ort: _____ Religion : _____

Fam. Stand: verh. () gesch. () verw. () ledig () Staatsangeh.: _____

Pflegestufe: 0 () 1 () 2 () 3 () seit: _____ beantragt am: _____

Krankenkasse: _____
Name

Adresse der Geschäftsstelle

Telefon

Zuzahlungsbefreit: ja () seit _____ nein ()

Zusätzliche Betreuung nach § 45b SGB XI: ja () seit: _____ nein () beantragt ()

Pflegekasse: _____
Name Mitglieds - Nr. d. Kranken-/Pflegekasse

Adresse der Geschäftsstelle

Telefon

Sonst. Kostenträger: _____
Name und Anschrift wenn möglich Ansprechpartner/in

Beihilfe berechtigt: ja () _____ nein ()

Hausarzt: _____
Name Anschrift Telefon

Kurzzeitpflege: () Aufenthalt von _____ bis _____

Dauerpflege: () Aufenthalt ab: _____

Kost: Vollkost () Schonkost () Diabeteskost: mit BE () _____ ohne BE ()

Ausscheidungen: inkontinent () **wenn ja** Urin () Stuhl () beides () **nein** ()

Mobilität: ohne Hilfe (), mit Hilfe: () Gehhilfe/Stock () Rollator () Rollstuhl ()

Hilfsmittel: Brille (), Zahnprothese: () oben () unten () eigene Zähne ()

Bezug zum KZP -Gast / Bewohner/in: _____
(z.B. BetreuerIn, Ehepartner, Sohn, Tochter, usw.)

Ansprechpartner: _____
Name/Vorname Anschrift: Straße, PLZ Ort

Telefon- Nr.:

Fax- Nr.:

email- adresse

Für Betreuer/in:

Betreuungsumfang: alle Bereiche () Teilbereich/e: () _____

Vorsorgevollmacht: ja () nein () Patientenverfügung: ja () nein ()

Datum

Unterschrift