

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