

Anmeldung zur Heimaufnahme – Kurzzeitpflege

von: _____ **bis:** _____ **Station:** _____ **Zimmer:** _____

Nachfolgende personenbezogene Daten werden erhoben, verarbeitet und ggf. zu abrechnungstechnischen Zwecken an Pflegekassen oder Rechnungszentren weitergegeben.

1. Antragstellerin, Antragsteller

Name, Vorname, Geburtsname:

Adresse:

Telefon: Geburtstag: Geburtsort: Konf.:

Staatsangehörigkeit: Familienstand:

Name, Adresse und Telefonnummer der Ehepartner/Kinder:

.....
.....
.....
.....

2. () Gesetzliche Betreuung () Vorsorgevollmacht

Seit: Name, Vorname: Telefon:

Anschrift:

verwandt? () ja, wie? () nein

Wirkungskreis:

3. Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor () ja () nein

Wer ist als Vertrauensperson genannt?

.....
Name, Vorname Telefon

.....
Adresse

4. Behandelnde/r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt

Adresse:.....

.....Telefon:.....

5. Benutzen Sie Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehwagen)

() nein

() ja.....

6. a) Kranken- und Pflegekasse:

Bei Aufnahme ist die Versicherungskarte der Krankenkasse mitzubringen

Adresse:

Versicherungsnummer:

b) Sind Sie von der Zuzahlung zu den Rezeptgebühren befreit?

() ja

() nein

c) Sind Sie beihilfeberechtigt?

() ja, bei

Adresse:.....

() nein

d) Erhalten Sie bereits Leistungen der Pflegeversicherung?

() ja

() nein

Der MDK hat bereits festgestellt: die Pflegegrade () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

Wurde ein Antrag auf Begutachtung gestellt? () ja, am () nein

Wurde ein Antrag bzw. Überleitungsantrag vom Sozialdienst
des Krankenhauses gestellt? () ja () nein

7. Sonstiges

Soll ein Telefon von der Einrichtung bereitgestellt werden? () ja () nein
(Grundgebühr monatlich Euro 10,00 + Euro 0,06 je Einheit)

Soll die Wäschekennzeichnung durchgeführt werden? () ja () nein

8.

Anmerkung:.....
.....
.....
.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Bewerberin/ des Bewerbers
gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter