

ANMELDUNG zur

Heimaufnahme Kurzzeitpflege

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Vorname(n)	<i>Rufnamen unterstreichen</i>
Nachname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort <i>ggf. Land angeben</i>
Familienstand	
Religion	

2. HAUPTWOHNSITZ

Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	<i>ggf. Land angeben</i>
Telefon mit Vorwahl	

3. DERZEITIGER AUFENTHALT, WENN NICHT AM HAUPTWOHNSITZ

Einrichtung oder privat bei	<i>Krankenhaus, Heim oder Privatadresse</i>
Station, Kontaktperson	<i>falls im Krankenhaus oder Heim</i>
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon mit Vorwahl	
Tag der Aufnahme	<i>falls im Krankenhaus</i>
Grund der Aufnahme	<i>falls im Krankenhaus</i>

4. ANGEHÖRIGER, BETREUER ODER VERTRAUENSPERSON

Art der Kontaktperson	<input type="checkbox"/> Angehöriger / Familie <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Vertrauensperson
Vorname, Nachname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon mit Vorwahl	
Aktenzeichen	<i>sofern vorhanden</i>

5. HAUSARZT

Praxis, Vor- und Nachname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon mit Vorwahl	

6. KRANKENKASSE, KOSTENTRÄGER, PFLEGEGRAD

Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat
Name der Krankenkasse	
Versicherungsnummer	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

7. VOLLMACHTEN

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> beglaubigte Kopie <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> beglaubigte Kopie <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

8. UNTERSCHRIFTEN

Ort und Datum	
Unterschrift	
Unterschrift Antragsteller	<i>falls Betroffener nicht unterschreiben kann</i>