

Telefon: 02722 / 6357-0

FAX: 02722 / 6357 - 2355

Anmeldung zur Heimaufnahme/ Kurzzeitpflege

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Plz./Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Geb. Name: _____

Geb.-Ort: _____ Telefon: _____

verheiratet: ja nein verwitwet: ja nein ledig: ja nein

seit wann: _____ Religion: _____

Name des/r Ehegatten/in: _____

Angehörige: 1. Vor- u. Zuname: _____

Straße: _____

Plz./Ort: _____

Telefon: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

2. Vor- u. Zuname: _____

Straße: _____

Plz./Ort: _____

Telefon: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Ansprechpartner bei Kontaktaufnahme durch die Einrichtung:

Name: _____ Telefon: _____

Liegt eine amtliche Betreuung vor: ja nein

Name des § Betreuers: _____

Straße: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Wirkungskreis der Betreuung _____

Krankenkasse:

Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor: ja nein **gültig bis:** _____

Hausarzt:

Liegt eine Einstufung durch die Pflegekasse vor: ja nein

Bitte ankreuzen: Pflegegrad 2 Pflegegrad 3

Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Sie bevorzugen ein Einzelzimmer Doppelzimmer

Voraussichtlicher Aufnahmetermin: _____

Bitte prüfen Sie anhand des Entgeltverzeichnisses, entsprechend der Pflegestufe, ob Sie in der Lage sind die Heimunterbringungskosten aus eigenen Mitteln zu tragen!

Haben Sie diesbezüglich Fragen, sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne. Wenn Sie einen Termin vereinbaren, haben wir sicher genügend Zeit ungestört Ihre Fragen zu beantworten. An dieser Stelle weisen wir darauf hin, dass vor Heimaufnahme die Deckung der Kosten geklärt sein muss.

Die Vorabinformation gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG – wurde mir von der Einrichtung ausgehändigt und ich habe es zur Kenntnis genommen.

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

Raum für Anmerkungen _____