

Anmeldeformular Kurzzeitpflege

Anmeldung

gewünschte Wohnform: Einzelzimmer Doppelzimmer

gewünschter Zeitpunkt: sofort später: _____

1. Personalien

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Geburtsort: _____ Kreis: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Anzahl der Kinder: _____

Konfession: ev. rk. sonstige: _____

Staatsangehörigkeit: _____

2. Wohnsitz:

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

derzeitiger Aufenthalt: _____

(z.B. Krankenhaus/Ort oder Kurzzeitpflege/Ort usw.)

3. Krankenkasse:

Bezeichnung und Anschrift: _____

Mitgliedsnummer: _____

4. Pflegekasse: (falls abweichend von 4.)

Beihilfeberechtigt: Ja Nein

5. Angaben zur Pflegeversicherung: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- es wurde ein Antrag auf Leistungen gestellt
 eine Leistungszusage der Pflegeversicherung liegt vor:
 für die ambulante Pflege für die stationäre Pflege

und zwar für folgenden Pflegegrad:

- 1 2 3 4 5

- ein Höhergradungsantrag wurde bereits gestellt, wenn ja am _____

6. Mit wem ist Rücksprache zu führen?

	1	2	3
Name:	_____	_____	_____
Vorname:	_____	_____	_____
Wie verwandt?:	_____	_____	_____
Strasse:	_____	_____	_____
PLZ/Ort:	_____	_____	_____
Tel-privat:	_____	_____	_____
Weitere Tel-Nr:	_____	_____	_____
Email:	_____	_____	_____

7. Betreuer-/in gemäß § 1896 BGB:

(Kopie der Betreuungsurkunde beifügen)

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____

Aufgabenkreis: Vermögenssorge Aufenthalt Gesundheit Post
 Sonstiges _____

8. Bevollmächtigte-/r:

(Kopie der Vollmacht beifügen)

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____

9. ärztliche Versorgung durch (Hausarzt):

Name: _____ Telefon: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Bitte fügen Sie diesem Antrag einen vom derzeit behandelnden Arzt (Hausarzt/Krankenhaus usw.) ausgefüllten Pflegeüberleitungsbogen bei.

Das ausgefüllte Formular können Sie per Mail an seniorenzentrum-moosheide@drk-nordrhein.de oder per Fax an die Nummer 02154 491 699 senden. Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich an uns. Wir beraten Sie gerne!

(Ort/Datum)

(Unterschrift Antragsteller-/in)

(Unterschrift Betreuer-/in oder Bevollmächtigte-/r)

Bemerkungen:

Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung ohne den vom Arzt ausgefüllten Bogen nicht vollständig ist.
Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung.
Ihre persönlichen Daten werden im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes nur für eigene Zwecke gespeichert.