

# Anmeldung

(unverbindlich)

**Vollstationären Pflege**

ab: \_\_\_\_\_

**Kurzzeit-/Verhinderungspflege**

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Aufnahme in Warteliste**

*Alten- und Pflegeheim*

*Gertrud Höpken*



**Datum:**

<b>Pflege­gast</b> <b>Vor- und Nachname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>	Geburtsname:	Geburtsort
<b>Adresse</b>	Straße/Nr, PLZ/Ort	Telefon
<b>Derzeitiger Aufenthaltsort</b>	(z. B. Krankenhaus / Reha)	
<b>Familienstand</b>	Konfession	Staatsangeh:
<b>Ansprechpartner/Angehörige</b>  <b>evtl. Betreuer, ges. Vertreter, Vorsorgebevollmächtigter</b>	Name Straße: PLZ/Ort	Telefon: wie verwandt?:
	Name Straße: PLZ/Ort	Telefon: wie verwandt?:
	Name Straße: PLZ/Ort	Telefon: wie verwandt?:
<b>Hausarzt</b>		
<b>Pflegekasse bzw. Krankenkasse</b>	Versicherungs-Nr.	
<b>Befreiung Rezeptgebühren</b>	<input type="checkbox"/> ja, bis	
<b>Pflegegrad:</b>	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> PG 1 <input type="checkbox"/> PG 2 <input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG5	<input type="checkbox"/> beantragt/genehmigt am:
<b>Kostenträger</b> <input type="checkbox"/> Selbstzahler	<b>Art des Einkommens</b>	<b>Höhe monatlich:</b>
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<b>Antrag gestellt am:</b>	<b>Wo?</b>
<b>Unterbringung</b>	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer Typ A'
	<input type="checkbox"/> Wohnbereich 1 <input type="checkbox"/> Wohnbereich 2 <input type="checkbox"/> Wohnbereich 3	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer Typ B <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Typ C Typ B + C nicht für Sozialhilfeempfänger
<b>Kostenverpflichtung</b>	Bei einer Ablehnung der Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung oder den für mich zuständigen Kostenträger verpflichte ich mich zur Übernahme aller im Zusammenhang mit meinem Aufenthalt entstandenen Kosten.	
<b>Erklärung</b>	Ich bin über meine Verpflichtung zur Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses nach § 36 Abs 4 IfSG aufgeklärt worden. Der Heimträger wird im Falle einer auch anderen Bewohner oder Personal ansteckenden Lungentuberkulose von Schadenersatzansprüchen freigestellt.	
<b>Ort</b>	Unterschrift des aufzunehmenden Pflegegastes bzw. der anmeldenden Person.	
<b>Datum</b>		