

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Eingangsdatum:

<input type="checkbox"/> <b>Tagespflege</b> ab <b>Wochentage:</b>	<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr	<input type="checkbox"/> Sa	<input type="checkbox"/> So
	<input type="checkbox"/> GANZTAGS (4,5. bis max. 9. Std)		<input type="checkbox"/> HALBTAGS (bis zu 4,5 Std.)				

### Persönliche Daten

<b>Name</b>		<b>Geburtsname</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Adresse</b>	Straße				
	PLZ	Ort			
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Geb.ort</b>		<b>Religion</b>	
<b>Familienstand</b>			<b>Staatsangehörigkeit</b>		
<b>Derzeitiger Aufenthalt</b>	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere Einrichtung				
<b>Derzeitiger Hausarzt</b>					
<b>Gewünschter Hausarzt</b>	<input type="checkbox"/> Fr. Dr. Wolf <input type="checkbox"/> Hr. Dr. Schmidt <input type="checkbox"/> Hr. Dr. Halanskij				

	1. Angehörige(r)/Bezugspers.	2. Angehörige(r)/Bezugspers.
<b>Name</b>		
<b>Wie verwandt</b>		
<b>Straße</b>		
<b>PLZ Wohnort</b>		
<b>Telefon</b>		
<b>Telefon</b>		
<b>E-Mail</b>		
<b>Vollmacht/Betreuung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Versicherungsdaten

<b>Krankenkasse</b> Name, Anschrift		
Pflegeversicherungsantrag gestellt am:	wird beantragt von:	
<b>Versicherungsnr.</b>		
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> nicht beantragt <input type="checkbox"/> bereits beantragt	
<b>Zuzahlungsbefreiung</b>	<input type="checkbox"/> ja, gültig ab <input type="checkbox"/> nein	

## Finanzierung

<b>Heimkostenübernahme</b> durch	<input type="checkbox"/> Pflegekasse	<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> Vermögen
Wird <b>Sozialhilfe beantragt?</b> Antrag gestellt in	<input type="checkbox"/> ja <b>am</b>	<input type="checkbox"/> nein	<b>Aktenzeichen</b>
<b>Rechnungsempfänger</b> Name, Anschrift			
<b>Rechnungsverand</b>	<input type="checkbox"/> per Post (es wird eine Portogebühr in Höhe von 0,80 € fällig) <input type="checkbox"/> per E-Mail an (E-Mail-Adresse):		

## Gesetzl. Betreuung

<b>Name</b>		<b>Geburtsname</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Adresse</b>	Straße				
	PLZ	Ort			
<b>Aufgabenkreis</b>	<input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Sonstiges				
Richterlicher <b>Beschluss</b> für <b>freiheitsentziehende Maßnahme</b> liegt vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

## Wichtige Anliegen

<b>Wäschepflege</b>	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> durch Burgenblick GmbH (Kosten entstehen für Namensetiketten für 100 Stk / 16,07 € inkl. MwSt.)				
<b>Seelsorge</b>	<input type="checkbox"/> gewünscht	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht	Anmerkung?		
<b>Patientenverfügung</b>	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	Anmerkung?		
<b>Bestattungsvorsorge</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
<b>Benachrichtigung</b> im Notfall zwischen <b>22:00 bis 07:00 Uhr?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
<b>Anmerkung</b> (z.B.) Notfalladresse)					

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift