

K 1.3 Aufnahme „Aufnahme-Antrag“

Anlage 6

Stationäre Pflege

Kurzzeitpflege (KZP)

Name, Vorname:	
Geburtsname:	
Familienstand:	
Geburtstag:	
Geburtsort:	
Religionsgemeinschaft:	
Staatsangehörigkeit:	
Aktuelle Anschrift:	
Telefonnummer, Mobil:	
Personalausweisnummer:	
Ausgestellt am:	

Namen und Anschriften der Kinder oder Angehörigen bzw. nahestehender Personen:

1.Name: _____ **Verwandtschaft:** _____

Anschrift: _____

Tel.Nr.: _____ **Mobil:** _____

E-Mail: _____ (Vermerk falls Aufnahme im Verteiler unerwünscht)

2.Name: _____ **Verwandtschaft:** _____

Anschrift: _____

Tel.Nr.: _____ **Mobil:** _____

E-Mail: _____ (Vermerk falls Aufnahme im Verteiler unerwünscht)

Bearbeitung:	Stand:	Freigabe:	Freigegeben von EL:	Information MAV:	Seite
QB H11	31.01.2017	01.02.2017	Unterschrift liegt in Einrichtung vor.	01.02.2017	1 von 2

K 1.3 Aufnahme „Aufnahme-Antrag“

Anlage 6

Krankenversicherung:	
Versicherungsnummer:	
Anschrift der Kasse:	
Antrag auf Pflegegrad gestellt:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welcher Pflegegrad wurde gewährt?	Pflegegrad: 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	Datum: _____ (in Kopie beilegen)
Zusätzliche Betreuung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (in Kopie beilegen)
Haben Sie Regelungen für den Fall Ihres Ablebens getroffen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Heimkosten Selbstzahler?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, ist eine Kostenübernahme beantragt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Wann: _____ Wo: _____
Gewünschte Unterbringung:	EZ <input type="checkbox"/> EZ mit Zuschlag <input type="checkbox"/> DZ <input type="checkbox"/>
Zimmernummer (bei KZP):	
Datum Einzug:	
Datum Auszug (bei KZP):	
Name u. Anschrift Hausarzt:	
Konsiliarärzte (Name, Fachbereich)	
Liegt eine Vollmacht vor?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (in Kopie beilegen)
Liegt eine Betreuung vor?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (in Kopie beilegen)
Wenn ja: Name, Anschrift und Tel.Nr. des Betreuers:	

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Wichtiger Hinweis für KZP: Mit Ihrer Unterschrift reservieren Sie verbindlich in dem oben genannten Zeitraum den Kurzzeitpflegeplatz. In dem Fall, dass Sie den reservierten Kurzzeitpflegeplatz nicht in Anspruch nehmen, entstehen für Sie Kosten in Höhe einer Verwaltungspauschale von 150,00 €, wenn Sie uns nicht mindestens 14 Tage vor dem Aufnahmetermin schriftlich informieren.

Bearbeitung:	Stand:	Freigabe:	Freigegeben von EL:	Information MAV:	Seite
QB H11	31.01.2017	01.02.2017	Unterschrift liegt in Einrichtung vor.	01.02.2017	2 von 2