

Postanschrift:

valere Seniorenpflegeheim, Ludwig-Jahn-Straße 13, 04509 Delitzsch,
 Tel.: 034202/3092-0,
 Fax: 034202/3092-29

Vorbereitung der Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung

1.	Name, Geb.-name	
2.	Vorname	
3.	Anschrift	
4.	Geburtsdatum	am:
5.	Aufenthalt zur Zeit: z.B. Krankenhaus, Reha usw. Wenn Krankenhaus, voraussichtliche Entlassung?	

Einzugswunsch (Datum)	
Gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer

6. Angehörige/ Betreuer

Pos.	Name, Vorname	Anschrift	Telefon-Nr.: dienstl./privat	Bezug (Tochter/Sohn usw.)
1				
2				
3				

7. Ärzte

a) Hausarzt

Name, Vorname	Anschrift/Telefon/Fax	Fachrichtung

b) Fachärzte (Gynäkologe, Urologe, Augenarzt, Zahnarzt usw.)

Sollen alle o. g. Ärzte ab dem Einzug übernommen werden? Ja Nein Wenn nein:

Bei Veränderungswünschen bitte gesondertes Blatt (oder Visitenkarte) mit Name, Vorname, Anschrift, Telefon, Fax und Fachrichtung beifügen.

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Befristung	Version	Seiten	Verteiler
DIR QB	DIR SD	01.11.2018	Bis auf Widerruf	02	Seite 1 von 2	QMH/SD

8. Rente

Art der Rente/Höhe	<input type="checkbox"/> Regelaltersrente _____ EUR <input type="checkbox"/> Witwenrente _____ EUR <input type="checkbox"/> sonstige Renten _____ EUR
Rententräger	
Rentennummer	

9. Krankenkasse/ Pflegekasse

vollständige Anschrift und Telefonnummer der Kranken- u. Pflegekasse	
Versichertennummer	
Pflegegrad	
Kopie des Pflegegradbescheides liegt bei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Vollstationäre Pflege bei PK* beantragt/genehmigt?	<input type="checkbox"/> Ja: Wann? _____ Wer? _____ <input type="checkbox"/> Nein
Höherstufung schon beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja: Wann? _____ Wer? _____ <input type="checkbox"/> Nein

* PK = Pflegekasse

10. Rechnungsempfänger

Rechnungsempfänger für die monatlichen Heimkosten	
---	--

11. Sonstige Angaben - Versicherungen (wenn vorhanden)

Hausratversicherung	bei
Haftpflichtversicherung	bei

Der vom Arzt ausgefüllte aktuelle Fragebogen liegt bei:

Ja Nein wird nachgereicht.

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf- verbindlich.

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Betreuers

Bemerkungen des Heimes:

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Befristung	Version	Seiten	Verteiler
DIR QB	DIR SD	01.11.2018	Bis auf Widerruf	02	Seite 2 von 2	QMH/SD