

Anmeldeformular für die Kurzzeitpflege

I. Angaben zur Person (Bewohner):

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Telefon-Nr.: _____

Bisheriger Wohnsitz: _____
(Straße, Postleitzahl, Ort)

Zeitraum: _____

Hausarzt: _____ ☎ _____

Gesundheitszustand: _____

Angehörige:

1. _____
Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

_____ Anschrift
☎ privat _____ ☎ dienstlich _____

☎ Funk _____ ☒ E-Mail _____

Besteht rechtliche Betreuung oder Vorsorgevollmacht für angemeldete Person? ja nein
(Bitte unterstreichen)

Aufgabenkreis: _____

2. _____
Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

_____ Anschrift
☎ privat _____ ☎ dienstlich _____

☎ Funk _____ ☒ E-Mail _____

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Besteht ein Bestattungsvorsorgevertrag? ja nein

Besteht eine private Haftpflichtversicherung? ja nein

II. Kostenübernahme:

Liegt ein **ambulanter Pflegegrad** vor?

ja Bescheid vom: _____

Pflegegrad:

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

nein

Erhalten Sie eine Pauschale für die zusätzliche Betreuung? ja nein seit: _____
(Diagnose Demenz)

Pflegekasse/ Krankenkasse: _____ Vers. Nr. _____

Vorhandene Hilfsmittel für o.g. Pflegegrad:

	Eigentum	Krankenkasse
<input type="checkbox"/> Anti-Dekubitus-Matratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gehgestell /Krücken / Stock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prothese _____		

Art

Brille

Hörgerät _____

Sonstiges _____

Besonderheiten: _____

Den **Eigenanteil** am Heimentgelt kann ich aus eigenem Einkommen/ Vermögen bestreiten.

ja nein

Ich habe am _____ einen Antrag auf Übernahme der Kosten beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt.

III. Befristeter Heimvertrag

Die Aufnahme in ein ASB Pflegeheim erfolgt durch den Abschluss eines **gesonderten Heimvertrages**. Diese Anmeldung ist für Sie nicht bindend und kann jederzeit zurück genommen werden!

Alle weiteren notwendigen Informationen entnehmen Sie bitte den Anlagen zum Anmeldeformular.

Ort, Datum

Unterschrift zukünftiger Bewohner/ Betreuer