

Anmeldung zur vollstationären Aufnahme

Angaben zum Pflegebedürftigen

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____
Familienstand: _____ Geburtsort: _____
Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____
bisherige Anschrift: _____
derzeitiger Aufenthalt: _____

Angaben zu den Kostenträgern

Pflegestufe: _____ beantragt am: _____
Kranken-/Pflegekasse: _____ Versichertennr.: _____
Selbstzahler: _____ Sozialamt: _____

Angaben zu den Ärzten

Hausarzt: _____
Fachärzte: _____

Angaben zu der Unterbringung

Termin zur Aufnahme: _____ Einzelzimmer gewünscht
Wäschepflege durch: Angehörige Wäscherei

Angaben zur Betreuung

Betreuer: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
Wirkungskreis: _____

Angaben zu Angehörigen (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail)

Angaben zur Bestattungsvorsorge

Bestattungsunternehmen: _____
Ort der Bestattung: _____

Angaben zu vorhandenen Dokumenten

	Ja	Nein
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienstammbuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon: 02655 / 93 92 - 10 15 | **Fax:** - 19 | **E-Mail:** info@seniorenzentrum-weibern.de