

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Bitte diese Anmeldung sorgfältig und vollständig ausfüllen

Vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege

Verhinderungspflege

Johannisstraße 27
66687 Wadern

Telefon 06871 504-0
Telefax 06871 504-444
info-st-maria-wadern@marienhaus.de

1. Bewohnerbezogene Daten:

| | |
|--|--|
| Name, Vorname: | Geburtsname: |
| geboren am: | in: |
| wohnhaft in: (PLZ/Wohnort) | Straße: |
| Telefon: | Kreis/Land |
| Familienstand: | Konfession: |
| Aufenthaltort z. Zeit: | Staatsangehörigkeit: |
| Personalausweis / Geburtsurkunde: <input type="checkbox"/> | Schwerbehindertenausweis: <input type="checkbox"/> |
| Krankenkasse/Pflegekasse: | Versicherungsnummer: |
| Krankenkassenkarte vorhanden <input type="checkbox"/> | Befreiungsausweis (Zz für Med.) <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--------------------|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| Aufnahmetag: _____ | Auszugstag: _____ | | |
| Wohnbereich: _____ | Zimmer: _____ | EZ: <input type="checkbox"/> | DZ: <input type="checkbox"/> |

2. Daten zu Angehörigen / Betreuern:

Name, Vorname (1. Ansprechpartner): _____

Anschrift (bitte vollständig): _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Name, Vorname (2. Ansprechpartner): _____

Anschrift: (bitte vollständig): _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

| | | | | |
|--------------------|--------------------|----------------------|------------------------------|--|
| Änderungsstatus: 4 | Bearbeitet von: QM | Verantwortet von: HL | Freigegeben am: 06.09.2018 | |
| | | | Inkrafttreten am: 17.07.2018 | |

3. Persönliche Daten:

Betreuung / Vollmacht / Vorsorgevollmacht vorhanden: ja nein

Name, Anschrift, Telefon: _____

Kopien bitte beifügen:

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Bestellungsurkunde (bei Betreuung über Amtsgericht) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Notarielle Vollmacht | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Patientenverfügung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Vorsorgevollmacht | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Sonstige: _____

| Art des Einkommens | Zahlende Stelle | Betrag € |
|--------------------|-----------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Gewünschte Zahlungsart (bei vollst. Pflege):
 Lastschrifteinzug: Überweisung: Rentenüberleitung:

Rechnungsempfänger:

Angehöriger _____

Betreuer

sonstige (bitte Name und Anschrift) _____

Kostenträger des Heimentgeltes:

Das oben aufgeführte Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen

Zahlung durch das zust. Sozialamt in _____

Kostenübernahme wurde beantragt am _____

Zustimmung der Pflegekasse für Kurzzeit-, Verhinderungspflege liegt vor ist beantragt

Pflegegrad I II III IV V seit _____

Pflegegrad 0 Pflegegrad beantragt wann _____

Hausarzt

Anschrift / Telefon _____

Ein Beratungsgespräch hat am: _____ mit Frau/Herrn _____ stattgefunden.

Ort/Datum _____ Unterschrift des Antragstellers/ _____

| | | | |
|--------------------|--------------------|----------------------|--|
| Änderungsstatus: 4 | Bearbeitet von: QM | Verantwortet von: HL | Freigegeben am: 06.09.2018 Inkrafttreten am: 27.03.2018 |
|--------------------|--------------------|----------------------|--|