

zur vollstationären Pflege ab: _____
befristet bis: _____

zur Kurzzeitpflege vom _____ bis _____

zur Tagespflege ab/an den Tagen _____

Beförderung zur Tagespflege erwünscht

Zimmerkat.: EZ DZ

Zimmer- Nr.: _____ (von der Einrichtung auszufüllen)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Familienstand: _____

Staatsangeh.: _____ Konfession: _____

Privat oder
Pflegegrad: _____

Meldeadresse: _____ Einrichtung (Name): _____

Straße, Nr.: _____ Landkreis: _____

PLZ, Ort: _____ Telefonnummer: _____

1. Ansprechpartner

Rechnungsempfänger

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.nr.: _____

Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Art der Beziehung: _____

Vollmacht Betreuungsurkunde

2. Ansprechpartner

Rechnungsempfänger

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.nr.: _____

Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Art der Beziehung: _____

Vollmacht Betreuungsurkunde Die Vollmacht/Betreuungsurkunde liegt vor* für: 1. Ansprechpartner 2. AnsprechpartnerGesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit: Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten: Vertretung bei Behörden: Vermögenssorge: Post und Fernmeldeverkehr: Vertretung vor Gericht: Erteilung Untervollmachten: Betreuungsverfügung: Geltung über den Tod hinaus:

(*Die Angaben müssen von der Einrichtung mit der Urkunde abgeglichen werden)

Es ist kein Bevollmächtigter benannt: Der Gast/Bewohner ist Rechnungsempfänger:

Finanzierung (Selbstauskunft)

Pflegekasse:

 PG Bescheid liegt vor Antragsverfahren laufend

Monatliches Einkommen:

Rente/Pension:

€ _____

Sonstiges (z.B. Mieteinnahmen):

€ _____

Sonstiges:

€ _____

Barvermögen:

€ _____

Rentenüberleitung veranlasst:

Sepa-Lastschriften Mandat erteilt:

Kostenübernahme beantragt:

Datum des Antrags:

Zuständiges Sozialamt:

Angaben zur Versicherung

Krankenkasse:

Anschrift der Krankenkasse:

Versichertennummer:

Versichertenkarte liegt vor:

Zuzahlungsbefreiung liegt vor:

Befreiungsausweis liegt vor:

Beihilfeberechtigung:

 ja nein

Hausarzt:

Anschrift:

Telefonnummer:

Ärztlicher Fragebogen liegt vor:

Inkontinenzattest liegt vor:

Facharzt:

Anschrift:

Telefonnummer:

Facharzt:

Anschrift:

Telefonnummer:

Apotheke:

Anschrift:

Telefonnummer:

Sonstige Angaben:

Bitte ankreuzen

	Ja	Nein
<u>Wäscheversorgung</u>		
Persönliche Wäsche wird in der Wäscherei maschinell gewaschen, eine Kennzeichnung durch die Wäscherei ist obligatorisch, die Wäschekennzeichnung ist kostenpflichtig		
Persönliche Wäsche wird in der Wäscherei chemisch gereinigt, eine Kennzeichnung durch die Wäscherei ist obligatorisch, das chemische Reinigen ist kostenpflichtig		
Persönliche Wäsche wird durch Angehörige gewaschen		
Zimmerschlüssel erwünscht:		
Telefon gewünscht:		
Fernseher gewünscht (nur für KZP-Gäste):		
Vermittlung von kostenpflichtigen Leistungen externer Dienstleister:		
Fußpflege		
Friseur		
Therapeuten		

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners
oder bevollmächtigte Person

Unterschrift Mitarbeiter
der Einrichtungsverwaltung
