

Vormerkung zum Hauseinzug: Stationäre Pflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege

Vor- und Zuname:

Anschrift:

Persönliche Daten	Geburtstag:Geburtsort: Geburtsname:, Konfession: Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig, <input type="checkbox"/> verheiratet, <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet, <input type="checkbox"/> Ehepartner vermisst/für tot erklärt Früherer Beruf:
Gewünschte Heimaufnahme	<input type="checkbox"/> Pflegeabteilung <input type="checkbox"/> Wohnbereich <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> nach Möglichkeit Gewünschter Aufnahmetermin: <input type="checkbox"/> Anmeldung vorsorglich Kontaktperson bei Heimaufnahme:
Heimkostenfinanzierung	<input type="checkbox"/> Selbstzahler/in <input type="checkbox"/> Sozialhilfe muss beantragt werden <input type="checkbox"/> Wohngeldanspruch <input type="checkbox"/> Finanzierung muss ausgerechnet werden
Krankenkasse u. Pflegekasse	<input type="checkbox"/> AOK / Pflegestufe: <input type="checkbox"/> noch nicht vorhanden <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Stufe 1 <input type="checkbox"/> Stufe 2 <input type="checkbox"/> Stufe 3 Befreiung von Medikamentenzahlung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Beihilfeanspruch (öffentl. Dienst): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Betreuung <input type="checkbox"/> Keine	Betreuer/in: Betreuungsumfang: Betreuungsverfügung bzw. Vorsorgevollmacht vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Patientenverfügung vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> z.Zt. keine	Klinik: Station:, <input type="checkbox"/> Reha-Maßnahme wegen:
Hausarzt <input type="checkbox"/> Keiner
Zahnarzt <input type="checkbox"/> Keiner
Erkrankungen Besteht Neigung zum Weglaufen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Schwerbehindertenausweis: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Blindengeld: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Rollstuhl, <input type="checkbox"/> Gehwagen, <input type="checkbox"/> Unterarmstützkrücken, <input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze, <input type="checkbox"/> Hörgerät, <input type="checkbox"/> Brille, <input type="checkbox"/> sonstiges:
Angehörige <input type="checkbox"/> Keine	Name, Anschrift, Tel.:
..... Datum Unterschrift: Antragsteller, Betreuer/in, Angehörige/r	