

# Anmelde-Formblatt zur vollstationären Heimaufnahme / Kurzzeitpflege



## St. Elisabeth Köthen - Das katholische -Senioren-Pflegeheim

Wallstr. 27, 06366 Köthen  
Tel.: 03496/4100-0 - Fax: 03496/4100-90

Bitte reichen Sie den Antrag mit  
- der ärztlichen Bescheinigung und  
- dem Leistungsbescheid der Pflege-  
kasse bei uns ein

1. Name	..... (Familiename, bei Frauen auch Geburtsname)	
2. Vorname(n)	.....	
3. Geburtsdaten	geboren am:	in:
4. Adresse	Straße, Nr.	Staatsangehörigkeit:
	PLZ, Ort	
5. Derzeitiger Aufenthalt	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus	Wo ?
	<input type="checkbox"/> zu Hause	
	<input type="checkbox"/> in anderer Einrichtung	Wo ?
6. Konfession	<input type="checkbox"/> katholisch	<input type="checkbox"/> evangelisch
	<input type="checkbox"/> ohne Konfession	<input type="checkbox"/> sonstige
8. Beruf	erlernter Beruf	
	letzte berufliche Tätigkeit	
9. Familienstand	verwitwet ab wann:	
10. Letzte Eheschließung	(Angaben für Standesamt)	
	Name des Ehepartners	
11. Ihr Ansprechpartner	<input type="radio"/> Bevollmächtigter <input type="radio"/> Betreuer (amtlich bestellt) <input type="radio"/> Angehöriger	
	Name, Vorname:	
	Straße, PLZ, Wohnort:	
	Tel.Nr.	
	Verwandtschaftsverhältnis:	
12. Vollmachten	<input type="radio"/> Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht	<input type="radio"/> Kopie
	<input type="radio"/> Notariell beglaubigte Vorsorgevollmacht	<input type="radio"/> Kopie
	<input type="radio"/> amtlich bestellter Betreuer nach Betreuungsrecht	<input type="radio"/> Kopie

13. Gewünschter Termin	Ab:	bis (bei Kurzzeitpflege):
14. Gründe für die Heimaufnahme		
15. Hausarzt	Name:	
	Straße, Nr.:	
	PLZ, Ort, Telefon:	
16. Krankenkasse		
17. Pflegestufe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	wenn ja, welche:	
	Zusätzliche Betreuungsleistungen nach §43 b (ehemals §87b) <span style="float:right">o ja o nein</span>	
18. Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, bis wann:
19. Anträge	Antrag auf Kurzzeitpflege wurde gestellt (bei Pflegekasse) <span style="float:right">o ja o nein</span>	
	Bitte Genehmigung vorlegen !	
	Antrag auf Verhinderungspflege wurde gestellt (bei Pflegekasse) <span style="float:right">o ja o nein</span>	
	Bitte Genehmigung vorlegen !	
	Antrag auf vollstationäre Pflege wurde gestellt (bei Pflegekasse) <span style="float:right">o ja o nein</span>	
Bitte Genehmigung vorlegen !		
Kurzzeitpflege wurde in diesem Jahr bereits in Anspruch genommen:		
o ja o nein      wenn ja, wie viele Tage ..... wenn ja, wo:		
20. Liegt eine medikamentöse Versorgung durch eine Vertragsapotheker vor ? (Bitte Kopie beifügen )		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		wenn ja, welche:
21. <b>Hinweise</b>	Wir übernehmen keine Bargeldverwaltung !	
	Bitte überprüfen Sie die eigenen finanziellen Mittel !	
	Beantragen Sie bitte ggf. beim zuständigen Sozialamt Sozialhilfe !	
22. Finanzen	Wer ist Rechnungsempfänger ?	
Ort und Datum:		.....
Name und Unterschrift:		
o Bevollmächtigter: (Vollmacht liegt bei)		.....
Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei. Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung/Abgabe, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.		