

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	im Krankenhaus	Wo ?	
	zu Hause		
	in anderer Einrichtung	Wo ?	
6. Konfession	katholisch	evangelisch	ohne Konfession 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="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Betreuer (amtlich bestellt) <input type="checkbox"/> Angehöriger		
	Name, Vorname:		
	Straße, PLZ, Wohnort:		
	Tel.Nr.		
	Verwandtschaftsverhältnis:		
12. Vollmachten	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht		<input type="checkbox"/> Kopie
	<input type="checkbox"/> Notariell beglaubigte Vorsorgevollmacht		<input type="checkbox"/> Kopie
	<input type="checkbox"/> amtlich bestellter Betreuer nach Betreuungsrecht		<input type="checkbox"/> Kopie

13. Gewünschter Termin	Ab:	bis (bei Kurzzeitpflege):
14. Gründe für die Heimaufnahme		
15. Hausarzt	Name:	
	Straße, Nr.:	
	PLZ, Ort, Telefon:	
16. Krankenkasse		
17. Pflegegrad	ja nein	
	wenn ja, welcher:	
	Zusätzliche Betreuungsleistungen nach §43 b (ehemals §87b) o ja o nein	
18. Zuzahlungsbefreiung	ja nein wenn ja, bis wann:	
19. Anträge	Antrag auf Kurzzeitpflege wurde gestellt (bei Pflegekasse) o ja o nein Bitte Genehmigung vorlegen !	
	Antrag auf Verhinderungspflege wurde gestellt (bei Pflegekasse) o ja o nein Bitte Genehmigung vorlegen !	
	Antrag auf vollstationäre Pflege wurde gestellt (bei Pflegekasse) o ja o nein 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)	ja nein	
	wenn ja, welche:	
21. Hinweise	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.		