

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. | | |