

K 2.1 Erstkontakt, Erstgespräch, Beratung

Anlage 9

Aufnahmeantrag

Name..... Geburtsname.....		
Familienstand..... Geburtstag..... Geburtsort.....		
Religionsgemeinschaft..... Staatsangehörigkeit.....		
Aktuelle Anschrift.....		
..... Tel. Nr.		
Mobil E-Mail		
Personalausweis-Nr. ausgestellt am.....		
Namen und Anschriften der Kinder oder Angehörigen bzw. nahestehender Personen:		
1. Name..... Verwandtschaft		
Anschrift.....		
..... Tel. Nr.		
Mobil E-Mail		
2. Name..... Verwandtschaft		
Anschrift.....		
..... Tel. Nr.		
Mobil E-Mail		
3. Name..... Verwandtschaft		
Anschrift.....		
..... Tel. Nr.		
Mobil E-Mail		
Krankenversicherung..... Vers. Nr.		
Wurde ein Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

Wenn ja: wann war der Medizinische Dienst der Krankenkassen da und welcher Pflegegrad wurde festgelegt? Datum.....

Pflegegrad 1 2 3 4 5 ohne Pflegegrad

Bitte legen Sie eine Kopie des Bescheides bei

Haben Sie Regelungen für den Fall Ihres Ablebens getroffen? Ja Nein

Heimkosten: Sind Sie Selbstzahler? Ja Nein

Wenn nein: ist eine Kostenübernahme beantragt? Ja Nein

Wann?..... Wo?.....

Gewünschte Wohnform: EZ Doppelzimmer Ab wann?.....

Name des Hausarztes.....

Namen der Fachärzte.....

Welche der folgenden Dokumente liegen vor?

Vollmacht Betreuung Patientenverfügung

Bitte legen Sie eine Kopie des Dokumentes bei.

Bitte tragen Sie Name, Anschrift und Tel. Nr. des Betreuers/Bevollmächtigten ein:

.....

.....

Sonstiges.....

Ort, Datum

Unterschrift