

Alten- u. Pflegeheim St. Maria

Altenhilfe e. V. Bad Dürkheim



Anmeldung zur

Kurzzeitpflege vollstationären Pflege Tagespflege

Von: _____ Bis: _____ vollstationär seit: _____

Zimmerwunsch: Einzelzimmer Doppelzimmer

1. Persönliche Angaben Bewohner / Bewohnerin

Name		Vorname	
Geb. Name		Geburtsdatum	
Geburtsort		Straße / Nr.	
PLZ-Wohnort		Konfession	
Staatsangehörigkeit		Familienstand	

2. Kostenträger

Pflegekasse		Pflegegrad	
Versicherungsnummer		Beihilfeberechtigt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Antrag auf Pflegeleistungen wurde gestellt:			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Antrag auf Kurzzeitpflege:			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Antrag auf Verhinderungspflege:			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

3. Bankverbindung

Kreditinstitut		Ort	
IBAN		BIC	

4. Rechnungsempfänger Verhältnis: _____

Name		Vorname	
Straße / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon		Mobil	
Fax		Mail	

5. Weitere Kontaktpersonen Verhältnis: _____

Alten- u. Pflegeheim St. Maria

Altenhilfe e. V. Bad Dürkheim



Name		Vorname	
Straße / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon		Mobil	
Fax		Mail	
Name		Vorname	
Straße / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon		Mobil	
Fax		Mail	

6. Gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter

Name		Vorname	
Straße / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon		Mobil	
Fax		Mail	

7. Schriftverkehr über:

<input type="checkbox"/> Bewohner	<input type="checkbox"/> Kontaktperson 1	<input type="checkbox"/> Kontaktperson 2	<input type="checkbox"/> Betreuer
-----------------------------------	--	--	-----------------------------------

8. Barbetragverwaltung

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> monatlich	Höhe: €
-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------	---------

9. Zuzahlungsbefreiung

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
-----------------------------	-------------------------------	--	--

10. Schwerbehinderung

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> RF	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> 1.Kl.	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> GI
-------------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

11. Schutzimpfungen

Schutzimpfung gegen Covid 19	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bescheinigung beifügen)
------------------------------	--

12. Lieferapotheke

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Name / Anschrift:
-----------------------------	-------------------------------	-------------------

Alten- u. Pflegeheim St. Maria

Altenhilfe e. V. Bad Dürkheim



13. Getroffene Vorsorge

<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung
--	--	---

14. Gesetzliche Betreuung vorhanden? ja nein

Gültig bis: _____

<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/> Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Wohnen
<input type="checkbox"/> Vermögen	<input type="checkbox"/> Rentenangelegenheiten	

15. Leihgeräte Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Multifunk. RS	<input type="checkbox"/> Sonstiges
-----------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------------

16. Freiheitsentziehende Maßnahme

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	AZ:	Bis:	
<input type="checkbox"/> Bauchgurt Bett	<input type="checkbox"/> Bauchgurt Stuhl	<input type="checkbox"/> Bettseitenteil	<input type="checkbox"/> Rollstuhltablett	<input type="checkbox"/> Sonstiges

17. Kostenträger

<input type="checkbox"/> Sozialamt	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
<input type="checkbox"/> Anlage Finanzierung Heimkosten	<input type="checkbox"/> Anlage Vermögensübersicht

Datum, Unterschrift