

K 2.1 Erstkontakt, Erstgespräch, Beratung

Anlage 9

Aufnahmeantrag

Name..... Geburtsname.....

Familienstand..... Geburtstag..... Geburtsort.....

Relionsgemeinschaft..... 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.

Anschrift.....

Bearbeitung:	Stand:	Freigebe am:	Freigegeben von EL:	Seite
QB H15	09.01.2017	13.01.2017	Unterschrift liegt in der Einrichtung vor.	1 von 2

Wurde ein Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt? Ja Nein

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 Unterbringung: EZ EZ mit Zuschlag Doppelzimmer Ab wann?.....

Name und Anschrift des Hausarztes.....

Namen der Konsiliarärzte.....

Liegt eine Vollmacht vor? Ja Nein

Liegt eine Betreuung vor? Ja Nein

Wenn ja: Name, Anschrift und Tel. Nr. des Betreuers.....

Bitte legen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises bei.

Sonstiges.....

Ort, Datum..... Unterschrift.....

Bearbeitung:	Stand:	Freigabe am:	Freigegeben von EL:	Seite
QB H15	09.01.2017	13.01.2017	Unterschrift liegt in der Einrichtung vor.	2 von 2