

Anmeldung zur: Heimaufnahme Kurzzeitpflege Verhinderungspflege

Kurzzeit- oder Verhinderungspflege vom:.....bis:.....
Vollstationäre Pflege/ Aufnahmedatum:.....Zimmer-Nr.:.....
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?:.....

Ich erhalte Leistungen aus der KOF oder BVG: ja nein

Ich habe in diesem Kalenderjahr bereits Tage Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen.

Name:..... Vorname.....
Geburtsname..... geboren am.....
geboren in..... Konfession.....
Familienstand..... Anzahl d.Kinder.....
Staatsangeh.:.....
Anschrift:

Krankenkasse..... Pflegestufe:.....
Mitgliedsnummer..... Anschrift:.....
Schwerbeschädigt vom..... bis..... Grad %.....
Medikamentenbefreiung vom..... bis.....
Fahrtkostenbefreiung vom..... bis.....

Angehörige Vorsorgevollmacht! Patientenverfügung!

1. Name.....
Straße/PLZ/Ort.....
wie verwandt..... Telefon.....
2. Name.....
Straße/PLZ/Ort.....
wie verwandt..... Telefon.....

Betreuer..... ☎.....
Anschrift.....
Wirkungskreis:

Regelungen für den Todesfall

Bestattungsart..... Beerdigungsinstitut.....

Hausarzt..... ☎.....
Adresse.....

Gesundheitsdaten/Diagnosen/pflegerrelevante Informationen

- Inkontinenz
- Insulinpflichtiges Diabetes
- Sonderkostform
- Demenz
- Dekubitus
- Kontrakturen

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben sowie den Erhalt einer Preisliste, der Informationen zur Heimaufnahme, des Biographie- und des ärztlichen Fragebogens.

Datum u. Unterschrift: _____