

ANMELDEBOGEN

Persönliche Angaben

Name, Vorname _____

Derzeitige Anschrift _____

Telefon _____

Geburtsname _____ Geburtsdatum _____

Geburtsort _____ Konfession _____

Familienstand :

ledig verheiratet geschieden getrennt lebend

verwitwet seit _____

Name, Vorname des Ehegatten _____

Haben Sie eine Betreuung?

nein ja Name, Anschrift _____

Nächste Angehörige

1. Name, Vorname

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefon privat _____ Telefon Geschäft _____

Handy _____ Verwandtschaftsgrad _____

(Ansprechpartner bei Aufnahme)

2. Name, Vorname

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefon privat _____ Telefon Geschäft _____

Handy _____ Verwandtschaftsgrad _____

3. Name, Vorname

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefon privat _____ Telefon Geschäft _____

Handy _____ Verwandtschaftsgrad _____

Weitere Auskünfte

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Name, vollständige Anschrift, Vs.nr.

Haben Sie eine Pflegestufe? nein

Die Pflegestufe _____ wurde beantragt,

Begutachtung hat stattgefunden /
steht noch aus.

ja, Pflegestufe 1 2 3

Haben Sie Hilfsmittel? nein ja

Wenn ja, welche ? Rollator Rollstuhl _____

Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit? ja nein

Wenn ja, welche ? _____

Besteht Inkontinenz ? ja nein

Benötigen Sie freiheitsentziehende Maßnahmen ? ja nein

Wenn ja, welche ? Bettseitenschutz Bauchgurt im Rollstuhl

Sonstige _____

Sind sie von Rezeptgebühren befreit? ja nein

Sind sie Praxisgebühren befreit? ja nein

Wer ist der derzeitig behandelnde Arzt bzw. Ärztin

Name , Telefon _____

Unterbringung und Finanzierung

Ich möchte im Einzelzimmer Doppelzimmer wohnen.

Im Falle der Aufnahme werden die anfallenden Kosten getragen von

mir selbst

durch die Sozialhilfe. Ein Antrag wurde bereits gestellt ja nein

Ich war bereits Bewohner/ in eines Wohn- oder Pflegeheimes

ja nein , wenn ja, wo ? _____

Die Vormerkung meines Antrages soll unter folgenden Gesichtspunkten erfolgen:

Verbindlicher Antrag (Aufnahme erfolgt zum nächstmöglichen Termin)

Erfolgt am _____

Voranmeldung (Aufnahme erwünscht ab _____)

Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Sonstige Bemerkungen oder Wünsche

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Über die anfallenden Kosten sowie evt. anfallende Reservierungskosten wurde ich informiert.

Nachfolgend ausgeführte Punkte sind in den Heimkosten nicht enthalten und werden separat berechnet.

- Zusätzliche, auf Wunsch von uns gelieferte Getränke, z.B. Bier, Säfte, Limo.
- Kosmetische Artikel, z.B. Zahnpasta, Corega Tabs, usw., wenn diese nicht medizinisch notwendig sind.(ohne Pflegestufe sind auch Seifen, Cremes, etc. selbst zu stellen)
- Friseur
- Fußpflege
- Radio-/ Fernseh- / Telefongebühren
- Unterstützung bei Zimmerein -/ ausräumung , Entsorgung
- Begleitung zu Arztterminen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/ in oder Betreuer/in

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Spital Immenstadt zum Bankeinzug der anfallenden Heimkosten, sowie den Ausgleich des Barbetragkontos von meinem Konto bei:

Name der Bank _____

Bankleitzahl _____

Kontonummer _____

Kontoinhaber _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/ in oder Betreuer/in