

III. Kapitel Kundenbezogene Prozesse
Formular Anmeldung Bewohneraufnahme

Anmeldung Bewohneraufnahme				
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege ab:	bis:	Zimmer Nr.:		
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege ab:	bis:			
<input type="checkbox"/> vollstationär ab:				
Nachname:				
ggf. Geburtsname:				
Vorname:				
Familienstand:				
Konfession:				
Geburtsdatum:				
Geburtsort:				
aktuelle Adresse: Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefonnummer:				
Angehörige/Verwandtschaftsgrad			Rechnungsempfänger:	
Name:				
Telefonnummer:				
E-Mailadresse:				
Adresse:				
Name:				
Telefonnummer:				
E-Mailadresse:				
Adresse:				
Kommen Sie selbst für die Heimkosten auf? Bitte versäumen Sie nicht, gleichzeitig mit der Anmeldung bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen. Stellen Sie zusätzlich ggf. einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt. Beihilfeberechtigt?			<input type="radio"/> ja, ich bin Selbstzahler <input type="radio"/> Kopie Rentenbescheid <input type="radio"/> nein, das Sozialamt wird die Kosten tragen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, Ansprechpartner:	
Befreit von Zuzahlungen?				
Hausarzt:				
wird der Hausarzt Hausbesuche/Visiten in der Einrichtung durchführen?				
Facharzt:				
Facharzt:				
Schwerbehindertenausweis vorhanden?				
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
Dateiname: EIII.M03	Erstellt durch: Klein	Freigabe: GF, Schulze	Änderungsstand: 6.0	Seite 1 von 3

III. Kapitel Kundenbezogene Prozesse
Formular Anmeldung Bewohneraufnahme

Weitere Ausweise (z. B. Schwerbehindertenausweis):				
Krankenkasse: Krankenversichertenkarte gültig bis: Versicherungsnummer: Adresse:				
Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft? <input type="radio"/> nein, Antrag gestellt am: <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 1 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 2 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 3 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 4 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 5 <input type="radio"/> Kopie des Pflegegradbescheides (bitte mit abgeben)				
Haben Sie eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung erstellt? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, für welche Bereiche? Ggf. Name und Anschrift des Vollmachtnehmers:				
Bestehen gerichtliche Betreuungen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, für welche Bereiche? ggf. Name und Anschrift des Betreuers				
Reservierung: <input type="radio"/> Ein-Bett / <input type="radio"/> Tandem <input type="radio"/> Komfort Einzelzimmer <input type="radio"/> Zwei-Bett				
Besondere Vereinbarungen: <input type="radio"/> Telefon <input type="radio"/> Fernsehgebühr <input type="radio"/> Barbetragverwaltung <input type="radio"/> Bankeinzug				
Wäschekennzeichnung: <input type="radio"/> durch Einrichtung <input type="radio"/> durch Angehörige Fußpflege: <input type="radio"/> organisiert Einrichtung <input type="radio"/> wird durch Angehörige organisiert Frisör: <input type="radio"/> organisiert Einrichtung <input type="radio"/> wird durch Angehörige organisiert				
Dateiname: EIII.M03	Erstellt durch: Klein	Freigabe: GF, Schulze	Änderungsstand: 6.0	Seite 2 von 3

