VERBINDLICHE ANMELDUNG

im Altenheim- und Pflegeheim St. Sebastian

zur Kurzzeitpflege solitär vom _____ bis _____

zur Kurzzeitpflege eingestreut vom _____ bis _____

Reservierung ab _____

Zimmer: EZ DZ Zimmer-Nr.: _____

Name:		Vorname:	
Geburtsname:		Geburtsdatum:	
Geburtsort:		Familienstand:	
Staatsangeh.:		Pflegegrad:	
Krankenkasse:		MDK-Begutachtung:	
Versicherungs-Nr.:		Konfession:	ja nein
		welche?:	
Immunisiert (2x geimpft oder genesen)	ja nein		
Booster-Impfung	ja nein	Bescheid häusl. Pflege (Kopie):	ja nein

Letzte Adresse des Bewohners

Eigene Wohnung (bitte unbedingt ausfüllen)

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Krankenhaus/Klinik: _____

(Name und Anschrift)

bei Heimwechsel: _____

(Name und Anschrift)

Nächste/r Angehörige/r		**Rechnungsempfänger/in**	
Name:		Name:	
Straße:		Straße:	
PLZ, Ort:		PLZ, Ort:	
Tel.nr.:		Tel.nr.:	
Mobil-Nr.:		Mobil-Nr.:	
E-Mail Adresse:		E-Mail Adresse:	
Familienzugeh.:		Familienzugeh.:	
Weitere/r Angehörige/r		**Weitere/r Angehörige/r**	
Name:		Name:	
Straße:		Straße:	
PLZ, Ort:		PLZ, Ort:	
Tel.nr.:		Tel.nr.:	
Mobil-Nr.:		Mobil-Nr.:	
E-Mail Adresse:		E-Mail Adresse:	
Familienzugeh.:		Familienzugeh.:	

Hausarzt		**Weitere Ärzte**	
Name:		Name:	
Straße:		Straße:	
PLZ, Ort:		PLZ, Ort:	
Telefon:		Telefon:	
Telefon/Fax:		Telefon/Fax:	
E-Mail Adresse:		E-Mail Adresse:	

Weitere Ärzte

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail Adresse: _____

Weitere Ärzte

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail Adresse: _____

BESONDERHEITEN

Physio-/Ergotherapeut: _____

Friseur: _____

Fußpflege: _____

INFORMATION

Antrag gestellt bei Sozialamt? o ja, wo? _____ o nein

Beratung zur Beantragung der Sozialhilfe erfolgt? o ja o nein

Pflegesatz: _____

Rentenbescheid liegt vor? o ja o nein

Rente: _____

Rentenüberleitung: o ja o nein

Lastschrifteinzug: o ja o nein

Barbetrag: o Heim o Selbstverwaltung

Höhe der Bareinzahlung: _____ €

Pflegemittel vom Haus? o ja x nein

Umgang mit der Post: o ja o nein

Weiterleitung an: _____

Bestallungsurkunde (Betreuung): o ja o nein

○ Vermögen; ○ Post; ○ Aufenthalt; ○ Gesundheit; ○ Rechts-/ Antrags- und Behördenangelegenheiten; ○

Vorsorgevollmacht: o ja o nein

Generalvollmacht: o ja o nein

Patientenverfügung o ja o nein

Besteht eine Haftpflichtversicherung? o ja o nein

Zimmerschlüssel erwünscht? o ja o nein

Information über Freiheitsrechte erfolgt? o ja o nein

Telefon gewünscht? o ja o nein

cusanus
trägergesellschaft
trier mbH

WEITERE INFORMATIONEN / BENÖTIGTE UNTERLAGEN

Versicherungskarte:	o ja	o nein
Befreiunngskarte für Rezeptgebühr:	o ja	o nein
Ärztlicher Fragebogen (frei von ansteckenden Krankheiten):	o ja	o nein

Die von mir angegebenen Daten werden vertraulich behandelt und nur im Rahmen des Heimaufnahme-verfahrens verwendet !
Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

24.05.2022

Datum	für das Alten- und Pflegeheim		0	0
		(Gast)	(Vertreter)	