

Anmeldung zur Aufnahme

(Zutreffendes bitte ankreuzen
bzw. ausfüllen)

gewünschter Aufnahmetermin:

BITTE FREILASSEN (wird vom Seniorenzentrum ausgefüllt)	
Anmeldedatum:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E
Aufnahmedatum:	<input type="checkbox"/> KZP nach KH- Aufenthalt
<input type="checkbox"/> KZP:	-
<input type="checkbox"/> VHP:	-
<input type="checkbox"/> VST:	-
Zimmer Nr.:	<input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> A

1. persönliche Daten	
Name:	Vorname:
Weitere Vornamen:	Geburtsname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße:	PLZ & Wohnort:
Telefon:	Konfession:
Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> lebt mit/ bei	Ausweisnummer:
<i>Haben Sie seit 2020 bereits Leistungen der Sander Pflege oder der AP Pflegedienste in Anspruch genommen? z.B. Kurzzeitpflege, ambulante Pflege Tagespflege d.h. liegen uns bereits frühere Unterlagen von Ihnen vor?</i>	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> evtl.	

2. Aufnahme von	
<input type="checkbox"/> z. B. Krankenhaus/ Reha/ Einrichtung:	
<input type="checkbox"/> eigene Wohnung, Anschrift s. o.	

3. Nahestehende/ Betreuer*/ Bevollmächtigter* (* Kopie der Bescheinigung beilegen)	
1.	Name: Beziehungsgrad: <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
	Anschrift:
	Telefon: mobil:
	E Mail:
2.	Name: Beziehungsgrad: <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
	Anschrift:
	Telefon: mobil:
	E Mail:

Anmeldung - Verwaltung	Erstellt	Freigegeben	Bearbeitet	Revisionsstand: 4 Seite: 1
Datum	20.05.2010	20.05.2010	22.9.2021	
Name	Sterthaus, Jens	Sander, Gunnar	Peselmann, Yvonne	

4. Hausarzt <input type="checkbox"/> bereits vorhanden <input type="checkbox"/> übernimmt Versorgung ab Einzug	
Name:	Telefon:
Anschrift:	

5. Krankenkasse <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	
Name / Bezeichnung:	
Anschrift:	
Versichertennummer:	
Pflegeeingruppierung *:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
* falls vorhanden, bitte Eingruppierungsbescheid beifügen!	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Antrag Eingruppierung <input type="checkbox"/> Antrag Höhergruppierung
<input type="checkbox"/> Inkontinenz (Bescheinigung liegt vor)	<input type="checkbox"/> Ernährung ausschließlich durch Sondenerkost
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderung (Kopie vom Ausweis beifügen)	<input type="checkbox"/> Leistungen nach §39c SGB XII
<input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung:	
<input type="checkbox"/> zurückliegende COVID 19 Erkrankung <input type="checkbox"/> Covid 19 Impfungen; Datum:	

6. Finanzierung des Eigenanteils (Heimkosten)	
<input type="checkbox"/> eigenes Vermögen /Einkommen	<input type="checkbox"/> Betriebsrente
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe (örtlicher Sozialhilfeträger)	
<input type="checkbox"/> Kriegsopferfürsorge (überörtlicher Sozialhilfeträger)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
ERKLÄRUNG: Ich bestätige, die Informationen zur Gewährung von Sozialhilfe & Pflegewohngeld zur Kenntnis genommen zu haben. Aufgrund der aktuellen Einkommens- und Vermögenssituation sind Sozialhilfeanträge zu stellen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Pflegewohngeldanträge zu stellen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

7. Rechnungsanschrift	
<input type="checkbox"/> siehe Betreuung	<input type="checkbox"/> siehe Angehörige 1.) <input type="checkbox"/> siehe Angehörige 2.)
Name:	
Anschrift:	
Telefon:	eMail:
<input type="checkbox"/> Lastschriftzug * bitte anliegende Einzugsermächtigung ausfüllen!	

8. Hinweise / Bemerkungen / Sonstiges	

Datum:	Name Antragsteller:
	Unterschrift Antragsteller:

Anmeldung - Verwaltung	Erstellt	Freigegeben	Bearbeitet	Revisionsstand: 4 Seite: 2
Datum	20.05.2010	20.05.2010	22.9.2021	
Name	Sterthaus, Jens	Sander, Gunnar	Peselmann, Yvonne	