



Einzugstermin: _____ WB / Zimmer: _____

Anmeldung

Anfrage vom: _____ Infomappe: ja nein

Dauerpflegeplatz

Kurzzeitpflege von: bis:

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Geburtsname: _____	Familienstand: _____
Adresse: _____	
derzeitiger Aufenthaltsort/Bundesland: _____	
Konfession: _____	Staatsangehörigkeit: _____
Krankenkasse: _____	Versicherungs-Nr.: _____

Pflegegrad liegt vor?

ja, Pflegegrad ____ liegt vor.

nein, es liegt kein PG vor.

Ein-/Höherstufung beantragt seit: _____.

Behandelnder Hausarzt: _____ Tel.: _____

Sonstiger Arzt: _____ Tel.: _____

Grund der Aufnahme (Diagnosen) _____

MRSA/ESBL: ja nein Dekubitus: ja nein Gewicht: _____ kg

Betreuung/Vorsorgevollmacht

Liegt Vorsorgevollmacht vor? ja nein

Liegt Patientenverfügung vor? ja nein

Liegt eine Betreuung vor? ja nein beantragt seit: _____

Betreuer/in/Bevollmächtigte/r: Name, Vorname: _____

Anschrift/Bundesland: _____

Tel. privat/dienstlich: _____

Gewünschter Zeitpunkt der Aufnahme ab: _____

Wunsch nach: Doppelzimmer vorübergehend Doppelzimmer

Einzelzimmer egal

Haustier vorhanden: ja, welcher Art: _____ nein

Ansprechpartner/in für Einzug: Angehörige/r Bekannte/r Betreuer/in
 Bevollmächtigte/r:
Tel. privat/dienstlich: _____ Anschrift/Bundesland: _____

Weitere Angehörige

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Anschrift/Bundesland: _____

Telefon privat/dienstlich: _____

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Anschrift/Bundesland: _____

Telefon privat/dienstlich: _____

Kostenabrechnung

Renten/Einkünfte/Bezüge: _____ € (Alters-, Witwen-, Betriebsrente, sonstige Einkünfte/Bezüge, usw....)

Rechnungsempfänger/in: _____ Einzugsermächtigung: ja nein

Kostenübernahme: Selbstzahler/in Sozialamt

Zuzahlungsbefreit: ja nein Wäschereinigung: ja nein

E-Mailadresse für Rechnung: _____

Bemerkungen (persönlicher Eindruck, Lebensumstände, Freiwilligkeit, Suchtverhalten, Kommunikation)

Durchgeführte Kontakte/Verlauf/Informationen:

Kontakt/ Datum	Gesprächsinhalt	Vereinbarung/ neuer Kontakt	Hdz.

Zella-Mehlis, den _____

Unterschrift Einrichtung

Unterschrift Bewohner/in/
Angehörige/r/Betreuer/in

Kenntnisnahme PDL: _____