

Anmeldung für einen stationären Dauerpflegeplatz

Kurzzeitpflegeplatz SGB V (Krankenvers.) SGB XI (Pflegevers.)

(wenn möglich zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten ärztlichen Fragebogen einreichen)

Name..... Vorname..... Geburtsdatum.....

Straße, PLZ, Ort

Telefon..... Familienstand.....

Geburtsort..... Nationalität..... Konfession.....

Hausarzt (Name, Telefon).....

Fachärztliche Betreuung (Name, Telefon).....

Bei Klinikaufenthalt (Name der Klinik)

(Name, Telefon des Sozialdienstes)

Krankenkasse / Beihilfestelle..... Versicherungs.Nr.

Vollmacht vorhanden Patientenverfügung vorhanden

Rechtliche Betreuung beantragt bestellt

Angehörige / Bevollmächtigte Person / Rechtlicher Betreuer

1. Vor- und Zuname..... Telefon.....

(familiärer) Bezug Handy

Straße, PLZ, Ort

E-Mail

2. Vor- und Zuname..... Telefon.....

(familiärer) Bezug Handy

Straße, PLZ, Ort

E-Mail

Zimmerwunsch EZ DZ

Finanzierung eigenes Einkommen/Vermögen Sozialhilfe

Liegt die Einstufung in einen Pflegegrad vor? Einstufung beantragt am.....

Pflegegrad 1 2 3 4 5 Höherstufung beantragt am

Angestrebtes Aufnahmedatum / Klinikentlassdatum:

Datenschutz- und Einwilligungserklärung

Die Anmeldung mit o.g. Angaben sowie das ärztliche Zeugnis werden für die sachgerechte Suche und Vermittlung eines (Kurzzeit-)Pflegeplatzes erhoben. Des Weiteren werden die Daten für statistische Zwecke anonymisiert genutzt. Die Daten werden ansonsten für keine anderen Zwecke verwendet. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und bin damit einverstanden, dass die Unterlagen zu den genannten Zwecken verarbeitet und weitergegeben werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum..... Unterschrift

Die Anmeldung erfolgte durch (Vor- u. Zuname)