

Ev. Pflegezentrum Lore Malsch
Friedrich-Hoffman-Straße 4a
85521 Riemerling

Tel. 089 6005 - 6111 / - 6113

Fax. 089 6005 6197

E-Mail: aph-riemerling@im-muenchen.de

Anmeldung zur Aufnahme

Bitte füllen Sie den Anmeldebogen vollständig aus. Im Falle eines kreuzen Sie bitte Zutreffendes an. Sollten Sie hierzu Fragen haben bzw. Hilfe benötigen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Anmeldung zur Aufnahme

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer |
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege | |
| <input type="checkbox"/> Beschützender Bereich | <input type="checkbox"/> Rüstigenbereich |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege | <input type="checkbox"/> Pflegewohnen |

Von der Einrichtung zu bearbeiten:

Zimmer Nr.:

Vertragsdatum:

Einzugsdatum:

Telefon: Ja Nein

Gewünschter Einzugstermin:

1. Persönliche Daten des Interessenten

Familienname / Titel:

Vorname(n)

(Rufname unterstreichen):

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Familienstand: verheiratet ledig geschieden verwitwet

Konfession / Religion: evangelisch röm.-kath. andere keine

Derzeitige Wohn- / Postanschrift:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefonnummer

☎ Fax-Nr.

☎ Mobilfunknummer

Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend von Wohnanschrift):

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefonnummer

☎ Fax-Nr.

2. Angehörige / Ansprechpartner

- 2.1 Ehepartner Betreuer Generalbevollmächtigung

Familienname, Vorname

Verwandtschaftsgrad /
Beziehung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon (privat)

☎ Telefon (Arbeit)

📠 Mobilfunknummer

@ E-Mail-Adresse

2.2 Familienname, Vorname

Verwandtschaftsgrad /
Beziehung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon (privat)

☎ Telefon (Arbeit)

📠 Mobilfunknummer

@ E-Mail-Adresse

2.3 Familienname, Vorname

Verwandtschaftsgrad /
Beziehung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon (privat)

☎ Telefon (Arbeit)

📠 Mobilfunknummer

@ E-Mail-Adresse

2.4 Familienname, Vorname

Verwandtschaftsgrad /
Beziehung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon (privat)

☎ Telefon (Arbeit)

📠 Mobilfunknummer

@ E-Mail-Adresse

3. **Krankenversicherung**

Vers.
Nr.

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

4. **Pflegeversicherung**

Anschrift (falls abweichend von Krankenversicherung):

4.1 **Liegt bereits eine Einstufung vor?**

Ja

Nein

Ambulanter Pflegegrad:

Stationärer Pflegegrad

4.2 Liegt bereits eine **Schnelleinstufung** vor.

Ja

Nein

4.3 Ein **Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung** wurde gestellt am:

4.4 Ein Antrag für die **Kurzzeitpflege** wurde gestellt am:

4.5 **Kurzzeitpflege** ist bereits bewilligt, der Bescheid liegt bei

4.2 **Finanzierung**

Eigenfinanzierung

Sozialhilfe

Andere

Rechnungsempfänger:

Bewohner

Betreuer

Bevollmächtigter

SEPA Lastschriftmandat wird mit Abschluss des Heimvertrages erteilt:

Ja

Nein

Rechnungsversand per Mail

Ja

Nein

Rentenversicherungsträger:

Altersrente

Witwenrente

Zusatzrente

4.3 **Öffentliche Kostenträger**

4.3.1 Die Kostenübernahme durch den **Sozialhilfeträger** wurde beantragt am:

Nein

4.3.2 Ein Aktenzeichen des Sozialhilfeträgers liegt vor:

5. **Bisheriger Hausarzt**

Titel, Familienname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefonnummer

☎ Fax

☎ Mobilfunknummer

Weiterbehandlung im Heim wird fortgeführt

Ja

Nein

(Bitte im **Vorfeld** mit Hausarzt klären)

5.1 **Wenn nein, weiterbehandelnder Arzt nach Heimaufnahme**

Titel, Familienname Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefonnummer

☎ Fax

☎ Mobilfunknummer

6. Regelungen im Sterbefall

6.1 Haben Sie eine Bestattungsvorsorge getroffen?

Nein Ja Institut: _____

Vertrags Nr. _____

6.2 Im Sterbe- / Todesfall ist / sind sofort zu verständigen:


siehe 2.1 siehe 2.2 siehe 2.3


Falls abweichend, folgende Person(en)

Familienname, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

 Telefonnummer (privat) _____

 Telefon (geschäftlich) _____

 Mobilfunknummer _____

Verwandtschaftsgrad / Beziehung _____

6.3 Der gesamte Nachlass / Zimmerräumung wird geregelt durch:


siehe 2.1 siehe 2.2 siehe 2.3


Falls abweichend, folgende Person(en)

Familienname, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

 Telefonnummer (privat) _____

 Telefon (geschäftlich) _____

 Mobilfunknummer _____

Verwandtschaftsgrad / Beziehung _____

7. Eingehende Post

Hinweis: Um sicherzustellen, dass wichtige Post von bzw. für Sie zügig empfangen und bearbeitet werden kann empfiehlt sich ein Nachsendeantrag an die Adresse des Bevollmächtigten oder Betreuers

Die Deutsche Post erhält einen Nachsendeantrag

An den Bewohner aushändigen

Im Stationszimmer / an der Pforte hinterlegen

Ort, Datum

Unterschrift des Interessenten

Ort, Datum

Unterschrift des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten