

	Qualitätsmanagement CWW - Dokument	Prozess Heimaufnahme
Seniorenzentrum St. Laurentius	Geltungsbereich Alle Fachbereiche	Untertitel Anmeldung

1. Vor- und Zuname (Bewohner) _____ Geburtsname: _____

2. Geburtstag/-ort Datum: _____ Ort: _____

3. Familienstand _____ 4. Konfession: _____ 5. Staatsangehörigkeit: _____

6. Adresse: Straße: _____ Telefon: _____

PLZ / Ort _____

7. Derzeitiger Aufenthalt: _____

8. Hauptansprechpartner: (bitte zutreffendes ankreuzen - / Vertragsunterzeichnende/r immer zu **A**)

A Betreuer / Name: _____
 Bevollmächtigte
 Angehörige/r Straße: _____ Telefon: _____ (privat / dienstl.)
PLZ _____ Mobil: _____
Ort _____ Email: _____

B Betreuer / (bitte zutreffendes ankreuzen)
 Bevollmächtigte
 Angehörige/r Name: _____ Verwandtschaftsgrad: _____
Straße: _____ Telefon: _____ (privat / dienstl.)
PLZ: _____ Mobil: _____
Ort: _____ Email: _____

Es besteht eine **Patientenverfügung** **Vorsorgevollmacht** **Betreuungsverfügung** (bitte Urkunde beilegen)

9. Hausarzt / ggf. Facharzt _____

10. Krankenkasse / Pflegekasse: _____ Vers. – Nr.: _____

Rezeptgebührenbefreiung Ja Nein Beihilfeberechtigung _____ % ? Ja Nein

11. Pflegegrad: 1 2 3 4 5 seit _____ oder beantragt (bitte zutreffendes ankreuzen)

12. Kostenträger: Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? Ja Nein

Wenn ja, welches Sozialamt _____

Soll Pflegegeld durch uns beantragt werden? Ja Nein

Für Selbstzahler: Rechnung an: _____

Information / Kommunikation mit Angehörigen:

Darf die Einrichtung Sie per Email über Neuerungen informieren?
 Ja Nein email: _____

Einverständnis / Für die Richtigkeit der Angaben / Unterschrift: _____

Von der Einrichtung auszufüllen: Zimmer: _____ voraussichtliche Aufnahme: _____ bis _____