

Unverbindliche Anmeldung für einen Pflegeplatz

Datum der Anmeldung

im **Wohn- und Pflegezentrum Schloss Bischofstein**, 99976 Lengenfeld unterm Stein

Wohn- und Pflegezentrum Kloster Zella, 37351 Stadt Dingelstädt

zur Dauerstationären Aufnahme möglichst ab

Kurzzeitpflege (eingestreu) vom bis

Verhinderungspflege (eingestreu) vom bis

Einzelzimmer Doppelzimmer

Ihre Angaben werden ausschließlich für die Vorbereitung der Heimaufnahme und die spätere Pflege, Betreuung und Versorgung erhoben. Diese Unterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt. Alle Punkte sollten vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Eine Anmeldung für den Pflegeplatz erfolgt erst mit Abgabe des ausgefüllten Formulars. Erforderliche Anlagen sind dem Vordruck beizufügen.

Angaben zur Person

Nachname Vorname Geburtsname

Pflegegrad seit dem Antrag auf Leistungen der Pflegekasse gestellt am

amtlicher Wohnsitz Telefon

derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus/Heim/zu Hause usw.)

Geburtsdatum Geburtsort Religion

Familienstand Anzahl der Kinder

Angaben zu Angehörigen

1. Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

Wohnort, Straße Telefon, Mobil

2. Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

Wohnort, Straße Telefon, Mobil

3. Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

Wohnort, Straße Telefon, Mobil

Die Angehörigen Nr. sind als Kontaktpersonen gewünscht.

Die Angehörigen Nr. möchten bei einem Notfall auch nachts informiert werden.

Rechnungsempfänger nach Einzug wird der Bewohner der Angehörige Nr.

Angaben zur Kranken- /Pflegekasse und zur Rechnungslegung

Name der Kranken-/Pflegekasse Mitgliedsnr.
Anschrift/Telefon/Telefax

Angaben zur Geschäftsfähigkeit

- der Bewohner ist voll geschäftsfähig und entscheidet alle Dinge selbst. Eine Patientenverfügung ist vorhanden.
 eine Vorsorgevollmacht ist vorhanden. privatschriftlich notariell beurkundet
- Aufgabenkreis: Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden
 Vermögensfürsorge Post-/Fernmeldeverkehr Betreuerverfügung für den Bevollmächtigten
- Bevollmächtigter oder Angehöriger Nr.
- ein Betreuer ist eingesetzt. gerichtlich bestellt durch Amtsgericht.....
- Betreuerausweis liegt vor. Aktenzeichen wurde beantragt am
- Aufgabenkreis: Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden
 Vermögensfürsorge Post-/Fernmeldeverkehr Betreuerverfügung für den Bevollmächtigten
- Betreuer oder Angehöriger Nr.

Angaben zu Ärzten / medizinische Angaben

HINWEIS: Es besteht freie Arztwahl! Der jeweilige Hausarzt muss Hausbesuche im Wohn- und Pflegezentrum wahrnehmen!

Hausarzt

Name Anschrift
Telefon/Telefax letzter Besuch.....

Zahnarzt

Name Anschrift
Telefon/Telefax letzter Besuch.....

Augenarzt

Name Anschrift
Telefon/Telefax letzter Besuch.....

Sonstige, und zwar

Name Anschrift
Telefon/Telefax letzter Besuch.....

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich in die Erhebung und Verarbeitung vorstehender Angaben (Daten) ein.

Datum

Unterschrift

Checkliste über Anlagen zur Antragstellung

BITTE ALLE UNTERLAGEN IN KOPIE EINREICHEN!

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht / notarielle Vollmacht
- Betreuerausweis
- bei Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege zusätzlich Antrag an die Pflegekasse
 - Hausbesuch vor Einzug gewünscht ja nein

Checkliste zum Einzug

bitte folgende Dokumente einige Tage vor dem Einzug abgeben:

- Bestätigung des Arztes (Anlage 1)
- Bewilligungsbescheid der Pflegekasse über das Pflegegeld/den Pflegegrad
- Verpflichtungserklärung zur Kostenübernahme (Anlage 2)
- letzter aktueller Rentenbescheid
- Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung

bitte folgende Dokumente zum Einzugstag mitbringen:

- Chipkarte/Gesundheitskarte der Krankenkasse
- Befreiungsbescheinigung der Krankenkasse über Patientenzuzahlungen
- Nachweis Haftpflichtversicherung
- Personalausweis
- Hygieneartikel
- Notfalltasche
- aktuelle Medikamentenliste mit Anordnung Arzt

Beachten Sie bitte, dass Sie Ihren Wohnsitz amtlich ummelden müssen; die Adressänderung ist bei Krankenkasse, Banken usw. anzugeben. (GILT NICHT FÜR KURZZEITPFLEGE/VERHINDERUNGSPFLEGE!)

Anlage 1: Bestätigung des Arztes

Herr / Frau geboren am

Wohnsitz

1. Diagnosen (ICD Schlüssel)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Hat der Antragsteller eine ansteckungsfähige Krankheit (insbesondere Lungentuberkulose, MRSA)?

- Nein
- Ja, und zwar
MRSA Ja Nein

3. Impfstatus

- Tetanus Gripeschutzimpfung Pneumokokkenimpfung
- am: am: am:

Sonstiges:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bestätigung des Arztes: Die Vollständigkeit und Richtigkeit vorstehender Angaben wird bestätigt.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift

Anlage 2: Verpflichtungserklärung zur Kostenübernahme

Herr / Frau geboren am

Wohnsitz

hat die

- dauerstationäre Aufnahme möglichst ab
- Kurzzeitpflege (eingestreut) vom bis

für das

- Wohn- und Pflegezentrum Schloss Bischofstein**
Bischofstein 1, 99976 Lengenfeld unterm Stein
Telefon 036027-88 91 00 / Telefax 036027- 88 91 20
- Wohn- und Pflegezentrum Kloster Zella**
Klosterzella 1, 99976 Rodeberg/Struth
Telefon 036026-97 00 / Telefax 036026-97 02 22

Träger:

WPZ – Wohn- & Pflegezentrum Unstrut-Hainich gGmbH
Eisenacher Straße 18a, 99974 Mühlhausen
Telefon 03601-40 26 57 / Telefax 03601-40 27 52

beantragt und erklärt hiermit:

Meine eigenen Mittel reichen zur Bezahlung der Heimkosten/des Eigenanteils aus. Ich bezahle meine Heimkosten/den Eigenanteil selbst aus meinem Einkommen oder Vermögen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift