

Aufnahmeantrag

<input type="checkbox"/> Aufnahme vollstationär ab: _____	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____												
<input type="checkbox"/> Aufnahme teilstationär: ab: _____	Antrag bei Krankenkasse gestellt am: _____												
<input type="checkbox"/> Tagespflege } an folgenden Tagen: _____ <input type="checkbox"/> Nachtpflege }	<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege von: _____ bis: _____												
Antrag bei Krankenkasse gestellt am: _____													
Zuname: _____	Vorname: _____												
geboren am: _____	Geburtsort (Kreis, Land): _____												
Geburtsname: _____	Staatsangehörigkeit: _____												
Familienstand: _____	seit: _____												
Beruf: _____	Konfession: _____												
Wohnort: _____	PLZ: _____												
Straße: _____	Hausnummer: _____												
Tel.-Nr.: _____													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Familienangehörige bzw. Ansprechpartner</th> <th style="width: 33%;">Adresse:</th> <th style="width: 17%;">Tel.-Nr.:</th> <th style="width: 17%;">Verwandtschaftsgrad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Familienangehörige bzw. Ansprechpartner	Adresse:	Tel.-Nr.:	Verwandtschaftsgrad								
Familienangehörige bzw. Ansprechpartner	Adresse:	Tel.-Nr.:	Verwandtschaftsgrad										
E-mail Adresse: _____													
E-mail Adresse: _____													
Liegt eine Vollmacht vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein													
Liegt eine Betreuung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein													
Name und Adresse des Bevollmächtigten: _____ Bitte Kopie der Vollmacht/Betreuung vorlegen													
Patientenverfügung vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein													
Bitte Kopie vorlegen													

Erstellt am: 29.06.2020	Revision: 28.06.2020	Prüfung:	Freigabe: 29.06.2020
			Braun-Hartmann Stefanie

Aufnahmeantrag

Pflegegrad vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		seit: _____		Pflegegrad: _____	
Pflegegrad beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		seit: _____			
Weitere Versorgung zu Hause durch Pflegedienst? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Name und Adresse des ambulanten Dienstes: _____					
Antrag auf <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege		gestellt am: _____			
<input type="checkbox"/> teilstationäre Pflege					
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege					
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege					
Krankenversichert bei: _____		Krankenversicherungsnummer: _____			
Versichertenkarte gültig bis: _____					
Genauere Adresse der Krankenversicherung: _____					
Personalausweis		gültig bis: _____		abgelaufen am: _____	
Schwerbehindertenausweis bitte vorlegen		gültig bis: _____			
Befreiung von der Medikamentenzuzahlung: wenn ja, bitte Ausweis vorlegen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sind Sie beihilfeberechtigt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Hausarzt : Adresse: Tel. Nr.:		Facharzt: Adresse: Tel. Nr.:			
Haben Sie Vorkehrungen nach dem Ableben getroffen? Wenn ja:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Bestattungsinstitut Name: _____		<input type="checkbox"/> Feuerbestattung <input type="checkbox"/> Erdbestattung			
Adresse: _____		Zuständiger Pfarrer: _____			
Finanzierung der Kosten:		Selbstzahler: _____		Sozialamt: _____	
Rechnungsempfänger?		Antrag gestellt am: _____			
Post Empfänger?					
Wünsche bezüglich der Aufnahme: Besondere Wünsche:		<input type="checkbox"/> Einzelzimmer		<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Erstellt am: 29.06.2020	Revision: 28.06.2020	Prüfung:	Freigabe: 29.06.2020
			Braun-Hartmann Stefanie