



AWO Seniorenzentrum Louis-Röll
Gerhart-Hauptmann Str. 5, 95168 Marktleuthen
Tel: 09285 / 9570 Fax: 09285 / 1016

@seniorenzentrum.marktleuthen@awo-ofr-mfr.de
Internet: www.awo-seniorenzentrum-marktleuthen.de

ANMELDUNG ZUR

HEIMAUFNAHME

KURZZEITPFLEGE

*In seltenen Einzelfällen geraten wir mit den Versorgungsmöglichkeiten in unserer Einrichtung an Grenzen.
Ausschlusskriterien für eine Aufnahme entnehmen sie bitte unserem Musterheimvertrag.*

Gewünschter Einzugstermin:..... Von:..... Bis:.....

Anmeldung für den: Wohnbereich Pflegebereich beschützender Pflegebereich

Zimmerwunsch: Einzelzimmer Doppelzimmer

Vor- / Nachname: Geburtsname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Familienstand: Konfession:..... Staatsangehörigkeit:

Wohnanschrift:

Aktueller Aufenthaltsort:

Angehörige: a)
Name wie verwandt Telefon privat

.....
Anschrift Telefon dienstl.

b)
Name wie verwandt Telefon privat

.....
Anschrift Telefon dienstl.

Gesetzlicher Betreuer: Ja Nein Antrag wurde gestellt

Betreuer/in Name, Anschrift, Tel..

Bitte geben Sie den Betreuerausweis in Kopie in der Verwaltung ab

Gibt es eine Patientenverfügung Ja Nein Vorsorgevollmacht Ja Nein

sonstige Verfügungen / Vollmachten:

Bitte geben Sie eine Kopie in der Verwaltung ab

Krankenkasse /
Pflegekasse:

Name, Anschrift, Tel.

Bei Kurzzeitpflege: Bitte informieren sie die Pflegekasse über den geplanten Kurzzeitpflegeaufenthalt

Bitte wenden

Hausarzt:
Name, Anschrift, Tel..

Übernimmt der bisherige Hausarzt die ärztliche Betreuung auch weiterhin: Ja Nein

Wenn nein, wer soll während des Aufenthaltes in unserem Haus die ärztliche Versorgung übernehmen:

.....

Leistungen der Pflegeversicherung: Ja Nein → haben Sie schon Leistungen beantragt Ja Nein

Seit in folgenden Pflegegrad (P) eingruppiert P1 P2 P3 P4 P5

Wurde ihrerseits ein höherer Pflegegrad beantragt Ja Nein

Finanzierung der Heimkosten:

Selbst-/ Privatzahler: Beihilfeberechtigung: Ja Nein

Monatliches Einkommen ca:€

Sozialhilfeträger

Antrag wurde bereits gestellt Nein Ja am: bei:

Antrag muss noch gestellt werden

Teilnahme:
am
SEPA
Lastschrift
Verfahren

Kontoinhaber:

Bank :

DE

IBAN:

BIC:

Rechnung senden an:

Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor? Ja: Nein:

Bitte geben Sie eine Kopie in der Verwaltung ab

Ich möchte bei der Pflegeplanung einbezogen werden: Ja Nein

Besonders bei an Demenz erkrankten Menschen ist die Einbeziehung der Angehörigen sinnvoll.

Datum:

Unterschrift: