

Verwaltung Formular

Antrag auf einen Platz im Altenpflegeheim AH

(Auszufüllen von Angehörigen / Interessenten auf dem Postweg)



Einverständnis zur Erfassung und Verarbeitung personenbezogener Daten erteilt:		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Name/ Vorname des Gastes:					
Anschrift:					
Geburtsdatum:				Geburtsname:	
Geburtsort:				Konfession:	
Familienstand:				Nationalität:	
bevorzugter Aufnahmezeitpunkt:					
Aufnahme soll erfolgen:		<input type="checkbox"/> schnellstmöglich		<input type="checkbox"/> mittelfristig	
<input type="checkbox"/> langfristig					
<i>Angehörige/ Betreuer</i>					
<input type="checkbox"/> Angehörige/r Beziehung: _____ <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Vollmacht		Name: _____ Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____			
<input type="checkbox"/> Angehörige/r Beziehung: _____ <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Vollmacht		Name: _____ Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____			
Besonderheiten: <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Andere Fixierung _____ <input type="checkbox"/> Richterl. Anordnung liegt vor. <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> DauerK <input type="checkbox"/> Port ZVK <input type="checkbox"/> Diabetiker <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Keine Medikamente stellen					
Infektiöse Erkrankungen:					
Hausarzt:		Name: _____		Telefon: _____	
		Straße: _____		Telefax: _____	
		PLZ Ort: _____			
z. Zt. Im Krankenhaus:					
Name des Sozialarbeiters/Telefon:					
Pflege-/Krankenkasse:			KV-Nr.		
Pflegegrad:		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Neueinstufung wurde/ wird beantragt am _____ <input type="checkbox"/> Höherstufung wurde/ wird beantragt am _____			
Kostenübernahme Kranken-/Pflegekasse:		<input type="checkbox"/> wurde/ wird beantragt am _____ <input type="checkbox"/> Privat/bzw. Selbstzahler			
Rezeptgebührenbefreiung		<input type="checkbox"/> * ja, bis *bitte Kärtchen mitbringen <input type="checkbox"/> nein			
Restkostenübernahme durch Sozialamt:		<input type="checkbox"/> wird/wurde beantragt am _____ beim Sozialamt in _____ <input type="checkbox"/> wird beantragt am _____ <input type="checkbox"/> ist nicht erforderlich			

Datum _____ Unterschrift des Antragstellers: _____

Datum	Freigegeben
09.04.2022	EL