

Anmeldebogen
von Buttlar-Fransecky-Stift e. V.

- Kurzzeitpflege
- Vollstationär

Name / Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Seit : _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Derzeitige Adresse: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____ KV-Nummer: _____

Rezeptgebührenbefreiung: Ja / Nein

Pflegegrade: 1/ 2/ 3/ 4/ 5 wann beantragt:

Heimkosten werden finanziert durch:

Eigene Mittel: Ja / Nein

Rechnungsempfänger: _____

Sozialhilfe: Ja / Nein

Sozialhilfeträger: _____

Antrag gestellt am: _____

Beihilfe berechtigt: Ja / Nein

Patientenverfügung vorhanden: Ja / Nein

Vollmacht / Betreuung vorhanden: Ja / Nein

Bereiche der Vollmacht / Betreuung:

- Gesundheitsfürsorge
- Vermögenssorge
- Aufenthaltsbestimmung
- Öffnen und anhalten der Post
- Wohnungsangelegenheiten
- Vertretung gegenüber Heimen, Kliniken, Behörden
- Sonstiges: _____

Betreuer / Bevollmächtigte, Angehörige, Bezugspersonen

1.)

Name: _____

Adresse: _____

Beziehung: _____

Telefon / Mobil / Fax / E-Mail: _____

2.)

Name: _____

Adresse: _____

Beziehung: _____

Telefon / Mobil / Fax / E-Mail: _____

3.)

Name: _____

Adresse: _____

Beziehung: _____

Telefon / Mobil / Fax / E-Mail: _____

4.)

Name: _____

Adresse: _____

Beziehung: _____

Telefon / Mobil / Fax / E-Mail: _____

Sonstige Informationen: _____

Fixierungen Bett/ Rollstuhl erforderlich: Ja / Nein

Einrichtung Vorlagenkonto: Ja / Nein

Fußpflege im Haus: Ja / Nein

Zimmerwunsch: Einzelzimmer / Doppelzimmer Aufnahmedatum: _____

Datum: _____

Name: _____

Unterschrift: _____