

Anmeldung zur Aufnahme in der Pflegeeinrichtung

Hedwig-Fröhlich-Haus Radebeul

Heinrich-Zille-Str. 15, 01445 Radebeul

Telefon 0351 - 21 665 0, Telefax 0351 - 21 665 432

1. Familienname und falls abweichend Geburtsname			
2. Vorname (Rufname bitte unterstreichen)			
3. Wohnung (polizeilich gemeldeter Hauptwohnsitz)		PLZ	Wohnort
_____ Straße, Hausnummer			
4. Derzeitiger Aufenthalt		PLZ	Wohnort
_____ Straße, Hausnummer			
_____ Bei wem? In welcher Institution?			
5. Geburtsdaten (ggf. Land/Staat angeben)		am	in

6. Familienstand			
7. Konfession			
8. Staatsangehörigkeit			
9. Letzte Eheschließung		am	in

10. Beruf		erlernter Beruf: _____	
zuletzt ausgeübt: _____			
11. Beruf des Ehepartners (Angabe auch vom verstorbenen Ehepartner)			

12. Kinder		Volljährige:	Minderjährige: Verstorbene:

13. Angehörige			
1. Vor- und Zuname		_____ Verw.verhältnis	
_____	_____	_____	_____
Telefon	E-Mail	Anschrift	
2. Vor- und Zuname		_____ Verw.verhältnis	
_____	_____	_____	_____
Telefon	E-Mail	Anschrift	
3. Vor- und Zuname		_____ Verw.verhältnis	
_____	_____	_____	_____
Telefon	E-Mail	Anschrift	
14. Betreuerin / BevollmächtigteR		Vor- und Zuname	
_____	_____	_____	_____
Telefon	E-Mail	Anschrift	
15. Betreuungsbereich		<input type="checkbox"/> Vorsorge- oder Generalvollmacht	
		<input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer	
Betreuung von bis			

16. Krankenkasse	Name der Krankenkasse	Versicherungs-Nr.
17. Zuzahlungsbefreiung	<i>Genehmigung von bis</i>	
18. Name und Anschrift des Hausarztes	Vor- und Zuname	
	Anschrift, Telefon	
19.1. Name und Anschrift Facharzt 1	Vor- und Zuname	
	sowie Fachbereich	
	Anschrift, Telefon	
19.2. Name und Anschrift Facharzt 2	Vor- und Zuname	
	sowie Fachbereich	
	Anschrift, Telefon	
20. Welcher Pflegegrad ist anerkannt und seit wann?	<input type="radio"/> Pflegegrad wurde beantragt	Datum _____
	<input type="radio"/> Pflegegrad 1	(reduzierte Kostenübernahme der Pflegekasse!)
	<input type="radio"/> Pflegegrad 2	<input type="radio"/> Pflegegrad 4
	<input type="radio"/> Pflegegrad 3	<input type="radio"/> Pflegegrad 5
21. Der Eigenanteil der Kosten wird aufgebracht durch:	<input type="radio"/> privat (aus eigenem Einkommen des Aufzunehmenden) (Bedarf ca. 2.900 € monatlich bei Pflegegrad 2 bis 5)	
	<input type="radio"/> Sozialhilfeträger	
	<input type="radio"/> Beihilfestellen (bitte benennen)	
22. Diät notwendig? (Welche, Warum)		
23. Aus welchen Gründen wird die Aufnahme gewünscht?		
24. Zimmerwunsch	<input type="radio"/> Bitte Meldung an mich bei jedem frei gewordenen Zimmer (passendes Zwei- oder Einbettzimmer)	
	<input type="radio"/> Bitte nur bei frei gewordenem Einbettzimmer melden (Bei dieser Alternative verlängert sich i.d.R. die Wartezeit)	
25. Welche Hilfsmittel sind erforderlich? Welche werden mitgebracht?	(Rollstuhl, Rollator, Dekubitusmatratze, Sauerstoffgerät	
26. Welche Gewohnheiten sollten nach Möglichkeit beachtet werden?	(Frühaufsteher ...)	
27. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?	(Name, Anschrift, Telefonnr., E-Mail)	

	(in welcher Eigenschaft?)	
28. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen, ggf. weitere Fachärzte		

Wir bitten Sie um sofortige Rückmeldung, wenn Sie einen anderen vollstationären Pflegeplatz gefunden haben oder ein solcher nicht mehr benötigt wird.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Aufzunehmenden, Bevollmächtigten oder Betreuers