

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 / BevollmächtigterR		Vor- und Zuname	
Telefon	E-Mail	Anschrift	
15. Betreuungsbereich		☐ Vorsorge- oder Generalvollmacht ☐ gesetzlicher Betreuer Betreuung von bis	

16. Krankenkasse	Name der Krankenkasse	Versicherungs-Nr.
17. Zuzahlungsbefreiung	Genehmigung von bis	
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?	☐ Pflegegrad wurde beantragt Datum	
	☐ Pflegegrad 1 (reduzierte Kostenübernahme der Pflegekasse!)	
	☐ Pflegegrad 2	☐ Pflegegrad 4
	☐ Pflegegrad 3	☐ Pflegegrad 5
21. Der Eigenanteil der Kosten wird aufgebracht durch:	☐ privat (aus eigenem Einkommen des Aufzunehmenden) (Bedarf ca. 2.600 € monatlich bei Pflegegrad 2 bis 5) ☐ Sozialhilfeträger ☐ Beihilfestellen (bitte benennen)	
22. Diät notwendig? (Welche, Warum)		
23. Aus welchen Gründen wird die Aufnahme gewünscht?		
24. Zimmerwunsch	☐ Bitte Meldung an mich bei jedem frei gewordenen Zimmer (passendes Zwei- oder Einbettzimmer) ☐ 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