

Pflegeplatzanmeldung für Haus Seestern

Rudolf-Breitscheid-Str. 98 c, 23968 Wismar

(Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Diese Angaben werden ausschließlich für die Heimaufnahme und die spätere Pflege benötigt und werden streng vertraulich behandelt)

Aufzunehmende Person

Herr Frau

Name : _____ Vorname : _____

Straße : _____ PLZ Wohnort: _____

Telefon : _____ Geb.-Dat. : _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____
(z.B. andere Pflegeeinrichtung, Krankenhaus, Reha, usw.)

Ansprechpartner

Herr Frau

Name : _____ Vorname : _____

Straße : _____ PLZ Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Telefon dienstlich: _____

Wie verwandt: _____ Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r) nein ja
(Bitte Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht beifügen)

Rechnungsempfänger für Heimkosten

Aufzunehmende Person Ansprechpartner

Sonstige _____

Hausarzt

Name: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse/Pflegekasse

Name : _____ Vers.-Nr.: _____

Anschrift: _____

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt? nein ja, am: _____

Begutachtung durch Pflegekasse erfolgt? nein ja, am: _____

Einstufung der Pflegekasse in Stufe: 0 1 2 3 (bitte Bescheid in Kopie beifügen)

Befreiung von Rezeptgebühr/Praxisgebühr? nein ja (bitte Kopie beifügen)

Kostenregelung bei Heimaufnahme

Die monatlichen Heimkosten werden getragen als Selbstzahler durch eigenes Einkommen/Vermögen *

Sonstiges *: _____
(z.B. Berufsgenossenschaft, Wohngeldstelle, Angehörige, Unterhaltspflichtige)

Ist die aufzunehmende Person Beihilfeberechtigt? nein ja

Erhält die aufzunehmende Person Wohngeld? nein ja*

Erhält die aufzunehmende Person Blindengeld? nein ja*

Die monatlichen Heimkosten können nicht durch eigenes Einkommen/Vermögen getragen werden*

Monatliches Einkommen (aktueller Stand)*

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag €
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Kostenübernahme wurde beantragt am _____ beim zuständigen Sozialamt in _____

(Bitte genaue Anschrift angeben)

Kopie des Antrags ist beigelegt Kostenübernahme liegt vor*

** Bitte Kopie der aktuellen Rentenbescheide, Kontoauszüge, Sparbücher, Kostenübernahmeanträge, Kostenübernahmeerklärungen bzw. Mitteilungen beifügen!*

Gewünschte Unterbringung

Vollstationäre Langzeitpflege Einzelzimmer
 Kurzzeit-/Verhinderungspflege Doppelzimmer
 ab/von - bis _____

Aus welchen Gründen soll eine Heimaufnahme erfolgen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Soz. Dienst/Krankenhaus Bekannte/Verwandte
 Betreuungsstelle/Betreuer(in) Zeitungsinserat
 Hausarzt Sonstige _____

Diese Anmeldung ist unverbindlich, eine Heimaufnahme kann nur nach vollständiger Klärung der Kostenübernahme und bei Vorliegen eines ärztlichen Fragebogens erfolgen!

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller

Unterschrift des Aufzunehmenden, wenn nicht
personengleich mit Antragsteller

Bitt per Post oder Fax zurück an:

Kranken- und Altenpflege Geißler GmbH
Rudolf-Breitscheid-Str. 98 c
23968 Wismar

Fax: 0 38 41/ 30 31 1 -230