

Kath. Alten- und Pflegeheim



Langenbergstr. 9, 32049 Herford. Tel.: 05221 9912 0

Anmeldeformular

zum nächstmöglichen Termin:

für Dauerpflege zum.....

für Kurzzeitpflege vom.....bis.....

gewünschte Zimmerform: Einzelzimmer Doppelzimmer

Persönliche Daten der angemeldeten Person:

Name:	Vorname:
Geburtsname:	Familienstand:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Konfession:	Staatsangehörigkeit:
Adresse:	
Telefon:	Kirchengemeinde:
Derzeitiger Aufenthalt (mit Angabe der Adresse und Telefon)	

Angehörige und nahestehende Personen

Name:	Vorname:	
Adresse:		
Telefon:	mobil:	wie verwandt:
Name:	Vorname:	
Adresse:		
Telefon:	mobil:	wie verwandt:

Bevollmächtigter oder bestellter Betreuer (Vollmacht oder Betreuungsurkunde bitte beifügen)

Name:	Vorname:
Adresse:	
Telefon:	
Aufgaben und Wirkungskreis:	

Anmeldende Person (wenn nicht Personengleichheit mit der angemeldeten Person besteht)

Name:
Adresse:
Telefon:

Hausarzt

Name:
Adresse:
Telefon:

Kranken- und Pflegeversicherung

Kranken- und pflegeversichert bei	KV.-Nr.....
Antrag bei der Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> wurde am.....gestellt	<input type="checkbox"/> wird unverzüglich gestellt
Wenn ein Antrag gestellt ist:	
Eine Begutachtung durch den MDK	
<input type="checkbox"/> hat bereits stattgefunden	<input type="checkbox"/> hat noch nicht stattgefunden
Ein Bescheid der Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor	<input type="checkbox"/> liegt vor mit Einstufung in den Pflegegrad:.....
Besteht Betreuungsbedarf nach § 43 b :....	<input type="checkbox"/> Ja..... <input type="checkbox"/> Nein
(Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz)	
<input type="checkbox"/> die Heimbedürftigkeit ist bestätigt	<input type="checkbox"/> Bestätigung der Heimbedürftigkeit wird eingeholt
(Nur nötig, wenn keine Pflegestufe genehmigt wurde und die Heimkosten nicht aus eigenen Mitteln zu zahlen sind.)	
Besteht eine Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> Ja..... <input type="checkbox"/> Nein
Eine Verordnung für Inkontinenzhilfe	<input type="checkbox"/> ist nicht nötig <input type="checkbox"/> ist erforderlich
Verordnete Hilfsmittel:	

Kostenregelung

Rechnungsempfänger (mit Angabe des vollständigen Namens und der Anschrift):
<input type="checkbox"/> Die Kostendeckung erfolgt aus eigenen Mitteln. Eine Einzugsermächtigung wird erteilt. <input type="checkbox"/> Ja..... <input type="checkbox"/> Nein
Die Deckung der Kosten ist nicht aus eigenen Mitteln möglich: <input type="checkbox"/> Sozialhilfe-Antrag wurde bei.....amgestellt. (Bitte Kopie vom Antrag oder Bestätigung des Kostenträgers dem Pflegeheim vorlegen)
<input type="checkbox"/> Bei Dauerpflege: Antrag auf Pflegewohngeld ist nötig (wird vom Pflegeheim gestellt)

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Ab dem Tag des Einzuges sichere ich bis zur Kostenübernahme Dritter die vertraglichen Zahlungen zu.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift der anmeldenden Person