

Anmeldung für Pflegeplatz

Kurzzeitpflege KZP nach §39c SGB V vollstationäre Pflege

Die Anmeldung erfolgt vorsorglich dringlich

I. Persönliche Daten

Für Herrn/Frau (Name, Vorname - bei Frauen auch Geburtsname u. Namen aus früheren Ehen)			
Anschrift		Telefon	
Geburtstag und Geburtsort	Familienstand	Religion	Staatsangehörigkeit
früherer Beruf			
Ehegatte (Name, Geburtstag bzw. Sterbedatum und Geburtsort)			
ggf. abweichende Adresse des Ehegatten zu o.g. Anschrift			
Liegt eine Betreuung vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers			
Impfausweis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Coronaschutzimpfung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

II. Angehörige

1. Angehöriger:

- leibliches Kind
 Enkel*in
 sonstige Angehörige

2. Angehöriger:

- leibliches Kind
 Enkel*in
 sonstige Angehörige

Name		
Vorname		
Telefon		
Anschrift		
Geburtstag		

Anmeldung für Pflegeplatz

III. Einzugswunsch

<input type="checkbox"/> Einzelzimmer / <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer mit Warteliste (Einzug kann in Doppelzimmer erfolgen, jedoch langfristig)

IV. Heimkosten – werden aufgebracht durch:

<input type="checkbox"/> mtl. Einkommen (Rente, u.a.) über _____ Euro
<input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen
<input type="checkbox"/> Bank- und Sparkassen-Guthaben (bitte Nachweis durch Sparbuch, etc. vorlegen)
<input type="checkbox"/> das zuständige Sozialamt in _____ Wurde bzw. wird Antrag auf Sozialhilfe gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rechnungsadresse (Name und Anschrift des Rechnungsempfängers)

V. Kranken/Pflegeversicherung / ärztl. Versorgung / Todesfall

Krankenversicherungsschutz bei
Krankenversicherungsnummer:
Rezeptgebührenbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Grad der Behinderung festgestellt _____
Liegt bereits ein Pflegegrad vor?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber Einstufung beantragt <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad _____ / seit _____ (M/J)
Behandelnder Arzt
Liegt eine Patientenverfügung vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestattungsvorsorge (Wer sorgt für die Bestattung?)
Angaben für den Fall des Todes (das Pflegeheim ist nur zur Todesanzeige verpflichtet!)
Grab vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsorgebestattungsvertrag vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / Wunsch: Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung <input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

Ich versichere, dass die Angaben richtig und vollständig sind.

Die Regeln des Zusammenlebens in der vollstationären Pflegeeinrichtung werde ich anerkennen.

Nürnberg, _____
Datum

Unterschrift des Antragstellers / Beauftragter

Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters