



Stationäre Pflege: Kurzzeitpflege: Tagespflege: Betreutes Wohnen:

Zeitraum von: _____ bis _____ Zimmer: _____

1. Name: _____ Vorname: _____ Geb. Name: _____

2. Geb. am: _____ In: _____ Kreis/Land: _____

3. Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____

4. Aufenthaltsort zurzeit: _____ Staatsangehörigkeit: _____

5. Familienstand: _____ Konfession: _____

6. Pflegegrad: 1 2 3 4 5 Nach §39c Pflegegrad
Leistung der Krankenkasse beantragt

7. Anmeldung für:
Einzelzimmer Doppelzimmer

Nur für die Tagespflege: Mo Di Mi Do Fr

Fahrdienst erwünscht Fahrdienst in Eigenleistung

8. Hausarzt: _____
Anschrift: _____

9. Wichtige Informationen: _____

10. Weglaufgefährdung: ja nein

11. Betreuer/Bevollmächtigter (Bestellungsurkunde/Vorsorgevollmacht bitte beifügen)

Name: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Vorsorgevollmacht ja nein
 Amtsgerichtliche Betreuung ja nein
 Patientenverfügung ja nein

| | | | | |
|--------------------|---------------------|--------------------------|--|--|
| Änderungsstatus: 2 | Bearbeitet von: QMB | Verantwortet von: HL/PDL | Freigegeben am: 22.01.2019 Inkrafttreten am: 20.02.2019 | |
|--------------------|---------------------|--------------------------|--|--|

12. Angehörige

Name: Vorname:

Wohnort: Straße:

Telefon: Handy:

E-Mail: Wie verwandt:

Name: Vorname:

Wohnort: Straße:

Telefon: Handy:

E-Mail: Wie verwandt:

13. Rechnung geht an:

14. Krankenkasse: Vers.Nr.:

15. Monatliches Einkommen:

Art des Einkommens: Betrag in €:

16. Kostenträger des Heimentgeltes:

- Das oben aufgeführte Einkommen
 Zuzahlung aus Barvermögen
 Zahlung durch das zuständige Sozialamt in:


Kostenübernahme ist gestellt worden am:

17. Wer stellt diesen Antrag:

Ich wurde darüber informiert, dass es sich im Josef-Ecker-Stift-Alten- und Pflegeheim um eine offene Einrichtung handelt und ein Vorkaufvertrag, wenn möglich ist und dass eine Gefährdung des Bewohners nicht ausgeschlossen werden kann.
Die von mir angegebenen Daten werden vertraulich behandelt und nur im Rahmen des Heimaufnahmeverfahrens verwendet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/Betreuers

| | | | | |
|--------------------|---------------------|--------------------------|--|---|
| Änderungsstatus: 3 | Bearbeitet von: QMB | Verantwortet von: HL/PDL | Freigegeben am: 29.11.2019 Inkrafttreten am: 01.12.2019 |  |
|--------------------|---------------------|--------------------------|--|---|