



Anmeldung

zur vollstationären Pflege Kurzzeitpflege Verhinderungspflege
 im Seniorenzentrum Martin Luther Streitberg Lindenhof Unterleinleiter Fränkische Schweiz Ebermannstadt

1. Persönliche Angaben

Vor- und Zuname: Geburtsdatum:
 Geburtsname: Geburtsort:
 Adresse: Tel:
 Familienstand: Konfession: Staatsangehörigkeit:

2. Derzeitiger Aufenthalt (z.B. bei Angehörigen, im Krankenhaus)

Aufenthaltsort Telefon

3. Nächste/r Angehörige/r (falls kein/e Angehörige/r vorhanden ist, bitte eine andere Vertrauensperson angeben)

Name:
 Adresse: Tel:

4. Behandelnder Arzt (Hausarzt)

Name:
 Adresse: Tel:

5. Kostenträger

Die Heimkosten werden selbst aufgebracht.
 Die Heimkosten werden aufgebracht durch das zuständige Sozialamt in
 Die Kostenübernahmeerklärung liegt bei wurde beantragt am

6. Ihre Krankenkasse/ Pflegekasse

Krankenkasse: Versichertennummer:
 Pflegekasse (falls abweichend): Versichertennummer:
 Antrag auf stationäre Leistungen Kurzzeitpflege wurde gestellt: ja nein Die Bewilligung ist beigefügt: ja nein

7. Einstufung durch den medizinischen Dienst der Pflegekasse

Stufe 0 Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3 keine Einstufung Einstufung wurde beantragt am

8. Bei Pflege in einem beschützenden (gerontopsychiatrischen) Wohnbereich

Der Unterbringungsbeschluss des Vormundschaftsgerichtes liegt bei wurde beantragt am

9. gewünschtes Zimmer

Einzelzimmer
 Doppelzimmer

10. gewünschter Einzugstermin/ Beginn der Kurzzeitpflege

am

11. Ende der Kurzzeitpflege

letzter Tag

12. Wer füllt diese Anmeldung aus?

Name: Straße:
 Ort: PLZ: Telefon:
 in der Eigenschaft als Angehöriger als gerichtlich bestellter Betreuer als

- Bitte vergessen Sie nicht, dieser Anmeldung den vom Arzt ausgefüllten Fragebogen „Ärztliche Beurteilung“ beizulegen.
- Ihre Anmeldung wird verbindlich mit dem Erhalt unserer schriftlichen Bestätigung.

....., den,
 Ort Datum Unterschrift des Anmeldenden