
 Arbeiterwohlfahrt Südsachsen gGmbH	Qualitätsmanagementhandbuch Seniorenzentren
Teil IV, Anlage 2 QMH IV-Pr 31	Pflege und Betreuung Aufnahmeantrag

.....
Stempel der Einrichtung

Debitornummer:


Name:	Geburtsname:		
Vorname:			
Wohnung: <small>(mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)</small>	Straße:		
	PLZ/Ort:		
derzeitiger Aufenthaltsort:	Einrichtung:		
	Straße:		
	PLZ/Ort:		
Geburtsdatum:	am:		in:
Familienstand:	seid:		
Konfession:	Staatsangehörigkeit:		
letzte Eheschließung:	am:		in:
Beruf:	erlernter		
	Beruf:	zuletzt ausgeübter Beruf:	
Kinder: <small>(bei mehreren Ehen getrennte Angaben)</small>	Volljährige:	Minderjährige:	Verstorbene:
Angehörige: <small>(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)</small>	Vor- u. Zuname:		
	Straße:		
	PLZ/Ort:		
	Telefon:		
<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger			
Verwandtschaftsgrad: 1. Bezugsperson			
<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger	Vor- u. Zuname:		
	Straße:		
	PLZ/Ort:		
	Telefon:		

Bezeichnung	QM-Handbuch	Bearbeiter/in	Freigabe	Freigabe durch:	Revision	Archivierung		Seite
QMH IV-Pr 31	Seniorenzentren	QMB	01.02.2017	GF	2.0	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1 / 4

	Arbeiterwohlfahrt Südsachsen gGmbH	Qualitätsmanagementhandbuch Seniorenzentren
	Teil IV, Anlage 2 QMH IV-Pr 31	Pflege und Betreuung Aufnahmeantrag

<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger Verwandtschaftsgrad:	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	Telefon:
<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger Verwandtschaftsgrad:	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	Telefon:
<input type="checkbox"/> mit rechtlichen Beschluss <input type="checkbox"/> notarielle Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Generalvollmacht	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	Telefon:
	Art, ggf. Umfang der Vollmacht:
Krankenkasse:	Name + Geschäftsstelle: Versicherten-Nr.:
Pflegeversicherung:	Name + Geschäftsstelle:
Hausarzt:	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	Telefon:
Facharzt:	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	Telefon:

Bezeichnung	QM-Handbuch	Bearbeiter/in	Freigabe	Freigabe durch:	Revision	Archivierung		Seite
QMH IV-Pr 31	Seniorenzentren	QMB	01.02.2017	GF	2.0	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	2 / 4

	Arbeiterwohlfahrt Südsachsen gGmbH	Qualitätsmanagementhandbuch Seniorenzentren
	Teil IV, Anlage 2 QMH IV-Pr 31	Pflege und Betreuung Aufnahmeantrag

Facharzt:	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	Telefon:
Facharzt:	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	Telefon:
Kosten des Pflegeplatzes:	
Wer zahlt die privaten Beträge?	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:

Leistungsträger:	<input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> eigene Mittel
------------------	--

Bescheid Pflegegrad _____ liegt vor.

Antrag auf Pflegegrad gestellt am: _____

Rentenbescheid von wann: _____ Betrag: _____


Zuzahlungsbefreiung von/bis: _____

Personalausweis Nr.: _____ von: _____ gültig: _____

Behindertenausweis Nr.: _____ von: _____ gültig: _____

Unterbringung: befristet bis: _____
 unbefristet

Bezeichnung	QM-Handbuch	Bearbeiter/in	Freigabe	Freigabe durch:	Revision	Archivierung		Seite
QMH IV-Pr 31	Seniorenzentren	QMB	01.02.2017	GF	2.0	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	3 / 4

	Arbeiterwohlfahrt Südsachsen gGmbH	Qualitätsmanagementhandbuch Seniorenzentren
Teil IV, Anlage 2 QMH IV-Pr 31	Pflege und Betreuung Aufnahmeantrag	

Einzelzimmer ab: _____
Datum

Doppelzimmer

Frühere Unterbringungen:

Kurzzeitpflege: _____

stationäre Pflege: _____

Eine stationäre Aufnahme ist aus welchen Gründen erforderlich?

Hinweise

Religiöse Betreuung

Pfarrer:	
Gemeinde:	
Anschrift:	Straße:
	PLZ/Ort:

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Änderungen der Unterbringung sind der Einrichtung in Absprache mit dem Antragsteller vorbehalten.

Dem Antrag sind beizufügen: - Kopie des Pflegegradbescheides
- Kopie des Rentenbescheides

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Unterschrift Einrichtungsleiter/in

Bezeichnung	QM-Handbuch	Bearbeiter/in	Freigabe	Freigabe durch:	Revision	Archivierung		Seite
QMH IV-Pr 31	Seniorenzentren	QMB	01.02.2017	GF	2.0	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	4 / 4