



Anmeldung zur Kurzzeitpflege  
 vom ..... bis .....

Anschließende Verhinderungspflege:  
 vom ..... bis .....

Seite 1 von 2

CHR-4-1-1-FB-1-3

Stammdaten				
Vor- und Zuname			Geburtsdatum	
ggf. Geburtsname	Geburtsort	Fam.-Stand	Konfession	Staatsang
Adresse			Telefon	
Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus oder Rehaklinik - bitte Adresse eintragen)			Telefon	
Angehörige				
1.	Vor- und Zuname		Wie verwandt	
	Adresse		Telefon/Handy	
2.	Vor- und Zuname		Wie verwandt	
	Adresse		Telefon/Handy	
3.	Vor- und Zuname		Wie verwandt	
	Adresse		Telefon/Handy	
Betreuer / Bevollmächtigter				
Vor- und Zuname			Gesetzlich bestellter Betreuer	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Adresse			Telefon/Handy	
ggf. Ersatzbetreuer / Ersatzbevollmächtigter Vor- und Zuname			Gesetzlich bestellter Betreuer	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Adresse			Telefon/Handy	

	Erstellt	Geprüft	Freigegeben
Datum	17.08.2010	01.09.2010	01.09.2010
Unterschrift	QZ	Portalis	J. Kramer

Verfügungen / Vollmachten					
Patientenverfügung	Vorsorgevollmacht	Betreuungsverfügung	Generalvollmacht	Bestattungsvorsorge	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei	
Teilvollmacht für					
Finanzen	Post	Gesundheit	Behörden	Vertretung gegenüber Heim	Entscheidung Unterbringung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt / Fachärzte					
1.	Name			Fachgebiet	
Adresse				Telefon/Fax	
2.	Name			Fachgebiet	
Adresse				Telefon/Fax	
3.	Name			Fachgebiet	
Adresse				Telefon/Fax	
Krankenversicherung					
Versicherung				Zuzahlungsbefreit	
				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kassennummer		Versicherungsnummer		Privat versichert	
				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegestufe beantragt			In Pflegestufe eingestuft		
<input type="checkbox"/> ja am	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, Pflegestufe:		<input type="checkbox"/> nein
Gewünschte Unterbringung					
Termin zur Aufnahme	Einzelzimmer	Doppelzimmer		Komfortzimmer	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Kostenträger					
Zuständiges Sozialamt/ Sachbearbeiter/ Aktenzeichen				Bezug von Sozialhilfe	
				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hinweise Ergänzungen					
Ich bin darüber informiert, dass alle Dokumente, die das Leistungsrecht der Sozialkassen betreffen, in der Verwaltung des AWPB Christkönig vorzulegen sind. (Einstufungsbescheide, Krankenkassenkarten, Befreiungsausweise, Personalausweis!)					
Ort Datum	Unterschrift des Antragstellers			Ggf. Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten	