



Anmeldung zur Kurzzeitpflege
vom bis

Seite 1 von 2

Anschließende Verhinderungspflege:
vom bis

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 | |
| | | | | | |