


QM-Handbuch H [0]	Magdalenum Seniorenpflegeheime GmbH Demenzzentrum Elsendorf	
3.01.01_E6 Anmeldung zur Heimaufnahme		

Magdalenum Demenzentrum, Am Schulberg 4, 84094 Elsendorf
Tel: 08753 – 967303 – 0, Fax: 08753 – 967303 - 599

Zur vollstationären Dauerpflege, gewünschter Einzugstermin.....

Zur Kurzzeitpflege, gewünschter Einzugstermin von bis

Einzelzimmer Nr. ___ Doppelzimmer Nr. ___ Appartement Nr. ___ Telefon ___

Angaben zur Ihrer Person

Name..... Geburtsname.....

Vorname..... Geburtsdatum.....

Straße Geburtsort.....

PLZ/Ort..... Staatsangehörigkeit.....

Familienstand..... Konfession..... früherer Beruf.....

Bitte nennen Sie uns Ihre Angehörigen oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

Nachname..... Vorname.....

Verwandtschaftsgrad.....

Straße..... PLZ/Ort.....

Telefon privat dienstl. Fax.....

Mobil..... E-Mail.....

Nachname..... Vorname.....

Verwandtschaftsgrad.....

Straße..... PLZ/Ort.....

Telefon privat dienstl. Fax.....

Mobil..... E-Mail.....

Nachname..... Vorname.....


Verwandtschaftsgrad.....

Straße..... PLZ/Ort.....

Telefon privat dienstl. Fax.....

Mobil..... E-Mail.....

	erstellt	geändert/R.-Stand	geprüft	freigegeben	gültig ab
Datum:	12.06.2003	15.03.2021 [8]	15.03.2021	15.03.2021	15.03.2021
Unterschrift/Name	GF/HL	QB	QB	QB	QB

QM-Handbuch H [0]	Magdalenum Seniorenpflegeheime GmbH Demenzzentrum Elsendorf	
	3.01.01_E6 Anmeldung zur Heimaufnahme	

Besteht eine gerichtlich bestellte Betreuung oder eine Vorsorgevollmacht?

nein ja, falls ja, wer ist Bevollmächtigter/Betreuer?

Nachname..... Vorname.....

Straße..... PLZ/Ort.....

Telefon privatdienstl.Fax.....

Mobil.....E-Mail.....

Vorsorgevollmacht - Patientenverfügung vorhanden ja nein

Wirkungskreis(e) der Betreuung

Sorge für die Gesundheit Vermögenssorge Aufenthaltsbestimmung

Postangelegenheiten Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten – u.

Sozialleistungsträgern

Bitte nennen Sie uns Ihre Krankenkasse- bzw. Pflegekasse

AOK DAK Barmer KKH

.....
(Anschrift der Krankenkasse – Versicherungsnummer)

Sind Sie von der Rezeptzahlung befreit? Ja Nein

Verlegung von: privat Krankenhaus anderer Pflegeeinrichtung

Erhalten Sie bereits Leistungen der Pflegeversicherung? Ja Nein

Pflegegrad: I II III IV V

Leistungen der Pflegeversicherung wurden beantragt ja nein abgelehnt

Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden vom Sozialdienst /Krankenhaus gestellt ja nein

Bemerkung:.....


Covid -19 Impfung: ja 1.Covid 19 Impfung am _____

2.Covid 19 Impfung am _____

nein - ist eine Covid-19 Impfung gewünscht? ja nein

Bemerkung zur Covid-19 Impfung:.....

	erstellt	geändert/R.-Stand	geprüft	freigegeben	gültig ab
Datum:	12.06.2003	15.03.2021 [8]	15.03.2021	15.03.2021	15.03.2021
Unterschrift/Name	GF/HL	QB	QB	QB	QB

QM-Handbuch H [0]	Magdalenum Seniorenpflegeheime GmbH Demenzzentrum Elsendorf	
	3.01.01_E6 Anmeldung zur Heimaufnahme	

Sind sie beihilfeberechtigt? nein ja Falls ja:

Name der Beihilfestelle und Anschrift.....

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name.....Straße.....PLZ/Ort.....

Telefon.....Fax.....Mobil.....

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name.....Straße.....PLZ/Ort.....

Telefon.....Fax.....Mobil.....

Wer übernimmt die Kosten des Aufenthalts?

aus eigenen Mitteln , Rechnungsempfänger(Name und Anschrift).....

Sozialamt Ein Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe muss gestellt werden

Ein Antrag auf Gewährung von Hilfe wurde bereits gestellt:

.....
Datum der Antragstellung, Anschrift des Sozialhilfeträgers

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege bereits in Anspruch genommen: nein ja

in der Zeit vonbis..... und

Noch zur Verfügung stehender Betrag lt. Pflegekasse:.....

Schwerbehindertenausweis vorhanden: Nein Ja% Zeichen.....

Anmeldung bei der Meldebehörde

Hauptwohnsitz Nebenwohnsitz

Hinweise / Ergänzungen:

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers/Betreuers/Bevollmächtigten

	erstellt	geändert/R.-Stand	geprüft	freigegeben	gültig ab
Datum:	12.06.2003	15.03.2021 [8]	15.03.2021	15.03.2021	15.03.2021
Unterschrift/Name	GF/HL	QB	QB	QB	QB