

ANMELDEBOGEN



**PFLEGE- UND
BETREUUNGSHEIM**
Ortenau Klinikum

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegeheim (SGB XI) | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege (SGB XI) | <input type="checkbox"/> Tagesbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Behindertenheim (SGB XII) | <input type="checkbox"/> Dementenbereich (CMS) | <input type="checkbox"/> Ambulant betreutes Wohnen |
| | <input type="checkbox"/> Unterbringungsbeschluss vorhanden | |

Geplante Aufnahme	von	bis	WB	Zimmernr.
Personennummer (Sinfonie)				<input type="checkbox"/> Warteliste
Familienname			Vorname	
Geburtsname			Geburtsdatum	
Geburtsort			Staatsangehörigkeit	
Straße und Hausnr.			PLZ und Ort	
Zuletzt ausgeübter Beruf			Konfession	
Familienstand			Aktueller Aufenthaltsort	
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	Name KV		Versichertenr.
Befreiung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Befreiung beantragt am	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	Pflegegrad angeben: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		beantragt seit:
Betreuungsleistungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	beantragt seit:	
Kostenübernahme	<input type="checkbox"/> Selbstzahler		<input type="checkbox"/> Landratsamt Ortenaukreis	
Angaben zum Hausarzt	Vorname, Nachname		Straße / Hausnummer	
	PLZ / Wohnort		Telefonnr. / Faxnr.	
Angaben zu verantwortlichen Angehörigen	Vorname, Nachname		Straße / Hausnummer	
	PLZ / Wohnort		Telefonnr. / Faxnr.	
	Email (freiwillig)		Verwandtschaftsverhältnis (Sohn, Tochter, Nefte, Nichte, Vater, Mutter...)	
Todesfallregelung	Wir möchten im Todesfall telefonisch informiert werden			<input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht
Angaben zu Betreuer(in)/ Bevollmächtigte(r)	Vorname, Nachname		Straße / Hausnummer	
	PLZ / Wohnort		Telefonnr. / Faxnr.	
	Email (freiwillig)		Erreichbarkeit (freiwillig)	
Vollmachten und Aufgabenkreise	<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Gesundheit		<input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Sonstige	
Ansprechpartner: Frank Leberfing, Tel.: 07803 / 805 - 223		Datum / Unterschrift		Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben