


QM- Handbuch	<b>SENIORENHEIM WALDBURG</b>	Interner Teil
	<b>7.01.03_D1</b> <b>Antrag auf Heimaufnahme / Kurzzeitpflege</b>	Seniorenheim Waldburg Stader Str. 84 21614 Buxtehude Tel.: 04161/ 704-0 Fax: 04161/ 7041-10

Antrag auf Heimaufnahme                       Antrag auf Aufnahme in die Kurzzeitpflege

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_ 2. Konf.: \_\_\_\_\_

3. Geburtstag: \_\_\_\_\_ 4. Geburtsort: \_\_\_\_\_

5. Geburtsname: \_\_\_\_\_ 6. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

7. Fam. Stand: \_\_\_\_\_ Eheschl.: \_\_\_\_\_ Verw. seit: \_\_\_\_\_ Gesch. seit: \_\_\_\_\_

8. Adresse: \_\_\_\_\_

9. Name und Anschrift des Ehegatten: \_\_\_\_\_

10. Kinder und sonstige Angehörige:

<i>Name, Vorname</i>	<i>Verwandschaftliches Verhältnis</i>	<i>Anschrift - Telefon</i>

11. Name und Anschrift des Betreuers / Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_

	erstellt	geändert/R.-Stand	geprüft	freigegeben	gültig ab
Datum:	07.10.2005	28.03.2018 [4]		03.05.2018	03.05.2018
Unterschrift/Name	Anke Viets	Anke Viets		Renate Borchers	Renate Borchers

12. Anschrift der Kranken- und Pflegeversicherung; \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Name und Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Welcher Pflegegrad? \_\_\_\_\_ Seit wann : \_\_\_\_\_

15. Die Heimkosten werden aufgebracht durch ( zutreffendes bitte ankreuzen x)

- das monatliche Einkommen/ Rente/ Pension
- Zuzahlung aus Vermögen
- Zahlung durch (z.B. Angehörige): \_\_\_\_\_
- das zuständige Sozialamt in: \_\_\_\_\_

16. Gewünschte Unterbringung:  Einzelzimmer  Doppelzimmer

17. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden /in welcher Eigenschaft?

Name und genaue Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23. Nur bei Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege auszufüllen:

Wurde im laufenden Jahr bereits eine Kurzzeitpflege- oder Verhinderungspflege in einer anderen stationären Einrichtung in Anspruch genommen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers /des Aufzunehmenden: \_\_\_\_\_