

Eingangsvermerk der Einrichtung

Pflegehaus Nouvelle

Zeppelinstraße 35
79206 Breisach
Tel.: 07667 / 9068-0
Fax: 07667 / 9068-129



Evangelische
Stadtmission
Freiburg e.V.

Anmeldung zur Aufnahme

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden.
Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Stationär am Kurzzeitpflege von **bis**

1. Name	Vor- und Zuname	Geburtsname
2. Adresse	Straße / Hausnr.	
	PLZ / Ort	Telefon
3. Derzeitiger Aufenthalt	Straße / Hausnr.	
	PLZ / Ort	Telefon
4. Persönliche Daten	Geburtsdatum	Geburtsort
	Familienstand	Konfession
	Staatsangehörigkeit	Beruf
5. Angehörige: 5a. Erster Ansprechpartner	Vor- und Zuname	Verwandtschaftsverhältnis
	Straße / Hausnr. / PLZ / Ort	
	Telefon	Mobil
	E-Mail-Adresse	
5b. Zweiter Ansprechpartner	Vor- und Zuname	Verwandtschaftsverhältnis
	Straße / Hausnr. / PLZ / Ort	
	Telefon	Mobil
	E-Mail-Adresse	
6. Gesetzl. Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r Bitte Kopie der Urkunde / Vollmacht beifügen!	Vor- und Zuname	
	Straße / Hausnr. / PLZ / Ort	
	Telefon	Mobil
7. Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> vorhanden (Bitte Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> wird erstellt und nachgereicht

8. Hausarzt	Vor- und Zuname	
	Straße / Hausnr. / PLZ / Ort	
	Telefon	
9. Facharzt	Vor- und Zuname	
	Straße / Hausnr. / PLZ / Ort	
	Telefon	
10. Besteht eine Allergie oder Unverträglichkeit?		
11. Pflegekasse	Name + Versicherungsnummer	
12. Besteht eine Beihilfe-Berechtigung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Name + Versicherungsnummer
13. Pflegegrad vorhanden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja / Grad: _____	Erhöhung beantragt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
14. Besteht eine Befreiung von Zuzahlungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Karte vorlegen)	Befreiung beantragt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15. Finanzierung der Kosten	<input type="checkbox"/> selbst (siehe 13/14)	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe (siehe 14/15/16)
16. Wie hoch ist das Barvermögen?		
17. Monatliches Einkommen / Renten	Art der Einkommen	
	Zahlende Stelle(n)	
	Betrag in Euro	
18. Welches Sozialamt ist zuständig?		
19. Zusage Sozialamt	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> Antrag wird gestellt
20. Hinweise und Ergänzungen		

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.
 Bitte legen Sie uns spätestens bei Aufnahme eine Kopie der Patientenverfügung sowie des Betreuer-Ausweises bzw. der Vorsorgevollmacht vor.
 Bei nicht ausreichendem Einkommen muss vor dem Heimeintritt die Kostenübernahme beim zuständigen Sozialamt geklärt werden.
 Ich bin damit einverstanden, dass die Daten zum Zwecke der Aufnahme gespeichert und weiterverarbeitet werden.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers:	Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden: