

Anmeldung zur¹

- ☐ **Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege²**
☐ Im Seniorenpflegeheim „Hagenhof“ in Haldensleben
☐ Im Seniorenpflegeheim „Schloßgarten“ in Flechtingen
☐ **Vollstationäre Pflege**
☐ Im Seniorenpflegeheim „Hagenhof“ in Haldensleben
☐ Im Seniorenpflegeheim „Schloßgarten“ in Flechtingen

Aufnahmezeitraum: vom bis:
(nur bei Kurzzeitpflege auszufüllen)

Name: Geburtsname:

Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Familienstand: Konfession:

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege soll durchgeführt werden,

☐ weil die Pflegeperson verhindert ist. ☐ nach Krankenhausaufenthalt.

Besteht eine gesetzliche Betreuung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, durch wen?
(Betreuerausweis ist als Kopie in der Anlage beizufügen)

Besteht eine Vorsorge-/Handlungsvollmacht? ☐ ja ☐ nein

Kranken-/Pflegekasse: Mitgliedsnummer:

Anschrift:

Ich beziehe bereits Pflegegeld/Pflegesachleistungen der zuständigen Pflegekasse in Höhe von:

- | | |
|--|---|
| ☐ keine (beantragt ja/nein ³) | ☐ Grad 3: 599,00 €/1.497,00 € |
| ☐ Grad 1 | ☐ Grad 4: 800,00 €/1.859,00 € |
| ☐ Grad 2: 347,00 €/796,00 € | ☐ Grad 5: 990,00 €/2.299,00 € ⁴ |

Entsprechende Bescheide sind der Anmeldung beizufügen!

Behandelnder Arzt: Tel.-Nr.

Anschrift:

¹ Zutreffendes bitte ankreuzen.

² Zutreffendes bitte unterstreichen.

³ Nichtzutreffendes bitte durchstreichen!

⁴ Zutreffendes bitte ankreuzen!



Kostenträger (Liegt bei Aufnahme keine Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse vor, erfolgt die Rechnungslegung privat!)

- ☐ Privat mit Unterstützung Pflegekasse und Sozialhilfeträger
- Antrag auf Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege/vollstationäre Pflege gestellt am:
 - genehmigt durch:am:.....
- Nur bei bereits genehmigter Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege auszufüllen!**
- im aktuellen Kalenderjahr wurde bereits Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege in Anspruch genommen:⁵
☐ nein ☐ ja Wenn ja, wie viele Tage:
(Bitte den Restbetrag durch die Pflegekasse bescheinigen lassen!)
 - Antrag auf Sozialhilfe gestellt am:
(Letzte/r Rentenbescheid/e ist/sind in Kopie dem Antrag auf Aufnahme beizufügen)

Angehörige/Betreuer (Bitte Verwandtschaftsgrad/rechtliche Stellung angeben):

1. Name:
Vorname:
Rechtliche Stellung:
Wohnanschrift:
Telefon:
2. Name:
Vorname:
Rechtliche Stellung:
Wohnanschrift:
Telefon:
3. Name:
Vorname:
Rechtliche Stellung:
Wohnanschrift:
Telefon:

Pflegebedingte Schwerpunkte:

(Orientierungsverlust, Hinlauftendenz, Bettlägerigkeit, etc.....)

.....
.....

⁵ Bitte ankreuzen und ggf. Anzahl der Tage ergänzen.



Dokumente:

☐ Personalausweis-Nr.:

ausgestellt durch:

gültig bis:

☐ Chipkarte Krankenversicherung:

gültig bis:

– Versicherter ist von der Zuzahlung
zu Heil- und Hilfsmitteln/Arzneimitteln

☐ befreit

☐ nicht befreit

– bei Befreiung ist gültig bis:

Bei der Aufnahme bitte mitbringen:

☐ **KV-Chipkarte**

☐ **Personalausweis oder Geburtsurkunde**

☐ **Impfausweis**

☐ **ggf. Bescheid über den Pflegegrad**

☐ **ggf. Kostenübernahmeerklärung Pflegekasse Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege**

☐ **ggf. Medikamentenbefreiung**

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

ausgefüllt am:
Unterschrift

durch: