

Voranmeldung zur Heimaufnahme

im Haus Benedikt, Am Rathaus 3, 93080 Pentling, Tel: 0941/698411-0, Fax: - 500

Persönliche Angaben:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Familienstand:	
Konfession:	
Telefon-Nr.:	
Staatsangehörigkeit:	
Geburtsname:	
Geburtsort:	
Hausarzt:	
Anschrift v. Hausarzt:	
Kranken-/Pflegekasse:	
Mitgliedsnummer der Krankenversicherung:	
Pflegegrad:	
1. Kontaktpersonen:	
Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
e-mail:	
Verwandtschaftsgrad:	
2. Kontaktperson	
Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
e-mail:	
Verwandtschaftsgrad:	

Besteht eine gesetzliche Betreuung? Bei „ja“ bitte Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? Bei „ja“ bitte Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht eine Patientenverfügung? Bei „ja“ bitte Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht eine dementielle Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht eine ansteckende Krankheit? Wenn „ja“, welche _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurden Sie bereits gegen Covid-19 geimpft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig oder bereits vorhanden? Wenn „Ja“, Welche? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kostenregelung:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialhilfe
Sind Sie von der Zuzahlung befreit? Wenn „ja“, Kopie beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstige Bemerkungen _____ _____	
Kurzzeitpflege: vom _____ bis _____	
stationär: ab _____	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Antragsteller/in und/oder gesetzl. Vertreter/Betreuer