

Qualitätsmanagement	1_FOR_001 Heimaufnahmeantrag	Altenpflegeheim St. Antoni Stift Ostritz
Seite 1 von 2		Formular/Checkliste -Verwaltung-

Name, Vorname:	Eckard Renate	Geburtsname:	
Adresse/Telefon:	Weinstraße 23, 5541 Bingen		
Derzeitiger Aufenthalt	Wohnung <input type="checkbox"/>	Krankenhaus, Reha oder Heim <input checked="" type="checkbox"/>	
Adresse wenn nicht in der Wohnung:	HeilgGeist Hospital Bingen		
Ansprechpartner in der Einrichtung mit Telefon:			
Geburtsdatum:	04.05.1933	Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	deutsch	Konfession:	evange.
Familienstand:	ledig		
<b>Angehörige/Bezugspersonen</b>			
Name, Vorname	Kothe Ute	Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> (Nachweis als Kopie erforderlich)	
Adresse / Telefon	Hauptstraße 73 Schönau-Berzdorf 035874 23462 /		
Wie verwandt?	Nichte /		
Name, Vorname		Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> (Nachweis als Kopie erforderlich)	
Adresse / Telefon			
Wie verwandt?			
Hausarzt	Anschrift / Telefon		
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> beantragt am: (Nachweis als Kopie erforderlich)		Zusätzliche Betreuung §45bSGB XI: <input type="checkbox"/> (Nachweis als Kopie erforderlich)	
Pflegekasse:	Vers.-Nr.:		
<input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung:	<input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial nötig:		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe beantragt am:		
Sozialamt Adresse / Ansprechpartner / Telefon:			
<p><i>Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die vorvertraglichen Informationen erhalten habe und in Kenntnis gesetzt wurde, dass das Sozialamt <u>vor der Heimaufnahme</u> informiert werden muss, wenn die Heimkosten nicht vollständig selbst getragen werden können, um den möglichen Anspruch auf Sozialhilfe rechtzeitig zu sichern.</i></p>			
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers		