

Seniorenpark „Am Jagdschloß“ GmbH Zillbach Tel: 036848/27190 Fax: 036848/2719199		
Geltungsbereich: Verwaltung	Qualitätshandbuch	Dokument Nr. 9.3.26

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

1. Aufzunehmende Person:

Familiennamen, bei Frauen auch Geburtsname:		Alle Vornamen:
Geb. am:	Geburtsort:	Kreis, Land:
Familienstand:	Datum der Eheschließung:	Konf.:
PLZ:	Ort:	Straße:
Tel.:	E-Mail:	

 Einzelzimmer

 Doppelzimmer

2. Ehegatte: (Angaben sind auch erforderlich, wenn bereits verstorben)

Familiennamen, bei Frauen auch Geburtsname:		Vorname:
Geb. am:	Geburtsort:	Kreis, Land:
Verstorben am:	in:	Kreis, Land:

3. Kinder: (oder sonstige Angehörige, wenn keine Kinder vorhanden sind)

Name:	Anschrift:	Tel.:
Name:	Anschrift:	Tel.:
Name:	Anschrift:	Tel.:

4. Krankenkasse/Pflegekasse:

Krankenkasse: Vers.- Nr.:	Beihilfe berechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad: seit:	Rezeptgebühren frei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Hausarzt:

Name:	Anschrift:
Tel.:	

6. Betreuung:

Name:	Anschrift:
-------	------------

7. Wird Sozialhilfe bezogen oder beantragt?

Bezogen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

8. Termin zur Kurzzeitpflege:

--	--

9. sonstige Angaben:

orientiert: <input type="checkbox"/>	leichte Demenz: <input type="checkbox"/>	schwere Demenz: <input type="checkbox"/>	weglaufgefährdet: <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--	--	--

Vorstehende Angaben sind richtig.

Zillbach,

.....

Unterschrift

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Revision	Seite
HL. Hess	S. Hess	01.02.2020	4	1 von 1