

Franziskus Kurzzeitpflege – Anmeldeformular

Seite 01

■ Persönliche Daten

Vor-/Zuname: _____
 Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____
 Geburtsort: _____ Konfession: _____
 Anschrift vor Einzug: _____ PLZ, Ort: _____
 Fon: _____ Familienstand: _____

■ Rechnungsempfänger

Vor-/Zuname: _____
 Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

■ Angehörige:

Vor-/Zuname: _____
 Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
 Fon, privat: _____ Fon, Büro: _____
 Mobil: _____ Mail: _____
 Verwandtschaftsgrad/Beziehung: _____

■ Betreuer:in lt. Betreuungsrecht

Vor-/Zuname: _____ PLZ, Ort: _____
 Straße, Nr.: _____ Fon, Büro: _____
 Fon, privat: _____ Mail: _____
 Mobil: _____

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? Ja Nein Liegt eine Patientenverfügung vor? Ja Nein

■ Krankenkasse

Name: _____ Vers.-Nr.: _____
 Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
 Fon: _____ Mail: _____

Franziskus Kurzzeitpflege – Anmeldeformular

Seite 02

Hausarzt:ärztin

Vor-/Zuname: _____
 Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
 Fon: _____ Mobil: _____
 Fax: _____ Mail: _____

Wichtige Informationen und Hinweise

Einzureichende Unterlagen zum Vertragsbeginn:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ärztliche Fragebogen | <input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde |
| <input type="checkbox"/> aktueller Medikationsplan ausgestellt vom Arzt:Ärztin | <input type="checkbox"/> Personalausweis |
| <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht | <input type="checkbox"/> Krankenkassenkarte |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung Pflegegrad | <input type="checkbox"/> Kostenübernahmeerklärung
der Pflegeversicherung |
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung | |

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist eine Reservierung bei KH-Aufenthalt gewünscht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist ein Friseurbesuch gewünscht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Soll die Wäsche gewaschen werden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Liegt eine Inkontinenz vor? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Besonderheiten (z.B. Essen, Trinken, Mobilisation, Schlaf, Verhaltensauffälligkeiten):

Hilfsmittel: _____

Die Anmeldung ist für den Zeitraum: vom _____ bis _____ für das Zimmer-Nr.: _____

mit Wunsch auf Übergang in die: Verhinderungspfleg in die vollstationäre Pflege

Einzug erfolgt durch: _____ Auszug erfolgt durch: _____

Impfstatus (mit Datumsangabe): _____

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift

ABSENDEN ▶