

Einrichtung Haus Laurentius, Weihestraße 27, 33613 Bielefeld
 zum Heimeinzug vollstationär ab: Zimmer Nr.
 zur Kurzzeitpflege vom: bis:
Persönliche Daten (Stammdaten) der angemeldeten Person

Vorname:		Name:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Geburtsname:		Nationalität:	
Konfession:		Familienstand:	
Adresse und ggf. Telefon-Nr.: (vor Einzug):			
derzeitiger Aufenthalt:			
Pflegegrad: _____ <input type="checkbox"/> vorläufig <input type="checkbox"/> Antrag bei der Pflegekasse gestellt <input type="checkbox"/> Kostenzusage für aktuellen Aufenthalt liegt vor			
<input type="checkbox"/> Inkontinenz (Abrechnung mit der Krankenkasse) <input type="checkbox"/> Inkontinenz (Eigenversorgung) Verordnung für Inkontinenzhilfen <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird beantragt			

Kostenregelung

Rechnungsempfänger:	
Name der Kranken-/Pflegekasse:	Versicherten-Nr.:
<input type="checkbox"/> Befreiung für gesetzliche Zuzahlungen liegt vor	
Sozialhilfe <input type="checkbox"/> wird beantragt <input type="checkbox"/> wurde beantragt am:	<input type="checkbox"/> Kostenzusage liegt vor (Kopie)

Gesetzliche Betreuung/Bevollmächtigte*r*n

Name:		Vorname:	
Adresse:			
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:			
<input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> Zugehörige*r*n wie verwandt? <input type="checkbox"/> sonstiges:			
<input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde (Kopie) <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		<input type="checkbox"/> Vollmacht (Kopie) <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	

weitere Zugehörige*r*n und nahestehende Personen**1. Zugehörige*r*n**

Name:		Vorname:	
Adresse:			
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:			
Persönliche Beziehung / wie verwandt?			
<input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde (Kopie) <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		<input type="checkbox"/> Vollmacht (Kopie) <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	

2. Zugehörige*r*n

Name:		Vorname:	
Adresse:			
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:			
Persönliche Beziehung / wie verwandt?			
<input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde (Kopie) <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		<input type="checkbox"/> Vollmacht (Kopie) <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	

Hausarzt

Name:			
Adresse:			
Telefon:		Fax:	

Patientenverfügung liegt vor	<input type="checkbox"/> ja (Kopie) <input type="checkbox"/> nein	Impfung COVID-19	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
------------------------------	---	------------------	---

Vertragsunterzeichnung	<input type="checkbox"/> versorgte und betreute Person	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte*r*n
------------------------	--	--

Mitgeführte Hilfsmittel:

anmeldende Person

Name, Vorname und Anschrift:

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Ab dem Tag des Einzuges sichere ich bis zur Kostenübernahme Dritter die vertraglichen Zahlungen zu.

Datum

Unterschrift der anmeldenden Person

Unterschrift Einrichtung