

Anmeldung zur Kurzzeitpflege im WB Mühlenteich

1. Vor- und Zuname : _____ Geburtsname: _____

2. Adresse: _____ Telefon: _____

3. Derzeitiger Aufenthalt: _____ Telefon: _____

4. Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

5. Familienstand: _____ 6. Konfession: _____ 7. Staatsangehörigkeit: _____

8. Angehörige: a) _____
Name

Straße/PLZ/Ort

wie verwandt _____ Telefon

b) _____
Name

Straße/PLZ/Ort

wie verwandt _____ Telefon

9. Betreuer: _____
Name

Straße/PLZ/Ort

Wirkungskreis der Betreuung

10. Hausarzt Name: _____ Telefon: _____

Hausarzt f.d. Kurz-zeitpflege Name: _____ Telefon: _____

11. Aufnahmetermin: Vom _____ bis _____

12. Krankenkasse u. VersichertenNr. _____

13. Kostenträger: Antrag bei der Pflegekasse gestellt am: _____ Sozialamt Kreis _____ JA / Nein

Einstufung in Pflegestufe _____ liegt vor. Kopie der Einstufung liegt bei JA / Nein

Ort und Datum Unterschrift des/der Antragstellers/in Unterschrift des Aufzunehmenden, falls unterschiedlich

- bitte wenden-
-

Einverständniserklärung

Ich willige hiermit der Erteilung von ärztlichen Unterlagen und der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten gegenüber dem Josefsheim zu.

Ebenfalls erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei einer Krankenhausbehandlung meine persönlichen und ärztlichen Daten dem Krankenhaus zur Kenntnis gegeben werden.

Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Über die Zusammensetzung der Kosten für die Kurzzeitpflege und die anteilige Eigenleistung des Tagessatzes bin ich aufgeklärt worden.

Ebenso erkläre ich mich bereit, die entstehenden Kosten der Kurzzeitpflege komplett zu tragen, falls die Pflegekasse den Anteil der pflegebedingten Aufwendungen nicht übernehmen sollte.

Datum

Unterschrift des Erklärenden bzw. des
gesetzlichen Vertreters