

Anmeldung zur

- Heimaufnahme**
- Kurzzeitpflege**

Name, Vorname _____

Wohnanschrift _____

Derzeitiger Aufenthalt _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Geburtsname: _____

Familienstand: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Pflegegrad keinen Pflegegrad/Höherstufung beantragt

I II III IV V

Seit wann? _____

Häusliche Pflege erfolgt durch _____

Pflegedienst: _____

Pflegekasse/Krankenkasse (Name/Anschrift)

Versicherungs-Nr. versicherte Person

Angehörige/Bekannte

Name	Anschrift	Verwandtschafts- verhältnis	Telefon dienstl./privat
------	-----------	--------------------------------	----------------------------

Bevollmächtigter/Betreuer (Name/Anschrift)

Hausarzt: _____

Gewünschte Einrichtung:

- Seniorenheim _____ in Wernigerode Demenzbereich
 Kurzzeitpflege SCC „Charlottenlust“
 Einzelzimmer (nach Verfügbarkeit) Doppelzimmer

Für wann wird die Aufnahme gewünscht?

Von _____ bis _____

Rente

Rentenart	zahlende Stelle	Betrag
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Kostenträger

Die Kosten werden bezahlt durch:

- Pflegekasse das zuständige Sozialamt Zuzahlung aus Sparvermögen/Spareinlage
 Renteneinkommen sonstige Zahlungen

Rechnungsanschrift: _____

Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden: (Name, Anschrift, in welcher Eigenschaft?)

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Dieser Antrag wurde ausgehändigt am: _____

abgegeben am: _____

Diesem Antrag ist beizufügen:

1. Kopien der Rentenbescheide
2. Kopie des bestätigten Pflegegrades
3. ärztliches Zeugnis
4. Vorsorgevollmacht/Betreuernachweis
5. Kopie des Antrages auf Pflegezuschuss für Kurzzeitpflege/vollstationäre Pflege von der Pflegekasse

Hinweis zur Anlage 5: Bitte bei der Kranken- bzw. Pflegekasse einen Antrag auf Kurzzeitpflege/vollstationäre Pflege stellen!