


QMH K 01.04	Pflege gGmbH Mönchengladbach - Ein Unternehmen der Diakonie –	
	Anmeldeformular stationär	

HB LWH OZH

Anmeldung:

gewünschte Wohnform: Einzelzimmer Doppelzimmer

gewünschter Zeitpunkt: sofort später:

1. Personalien:

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname _____

Geburtsort: _____ Kreis: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Anzahl der Kinder: _____

Konfession: ev. rk. sonstige: _____

Staatsangehörigkeit: _____

2. Wohnsitz:

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

derzeitiger Aufenthalt: _____
(z.B. Krankenhaus/Ort oder Kurzzeitpflege/Ort usw.)

3. Krankenkasse:

Mitgliedsnummer: _____
(Bezeichnung und Anschrift)

4. Pflegekasse: (falls abweichend von 5.)

Beihilfeberechtigt: ja nein

Version 3	Erstellt	Gepprüft	Freigabe	Revision	Seite
Datum	12.2009	12.2016	02.2017	2018	1 von 3
Funktion	Verwaltung	Fr. Henkel +Stgr. QM	Stgr. QM	Verwaltung	

5. Angaben zur Pflegeversicherung: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- es wurde ein Antrag auf Leistungen gestellt
 eine Leistungszusage der Pflegeversicherung liegt vor

 für die ambulante Pflege
 für die stationäre Pflege

 und zwar für folgenden Pflegegrad:

 für Pflegegrad 1
 für Pflegegrad 2
 für Pflegegrad 3
 für Pflegegrad 4
 für Pflegegrad 5

 ein Höhergradungsantrag wurde bereits gestellt, wenn ja am

6. Mit wem ist Rücksprache zu führen?

	1.	2.	3.
Name:			
Vorname			
Wie verwandt?			
Strasse:			
PLZ/Ort:			
Tel-privat:			
Weitere Tel-Nr:			

7. Betreuer-/in gemäß § 1896 BGB:
(Kopie der Betreuungsurkunde beifügen)

10. Bevollmächtigte-/r:
(Kopie der Vollmacht beifügen)

Name:		Name:	
Straße:		Straße:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Telefon:		Telefon:	

Aufgabenkreis:

- Vermögenssorge
 Aufenthalt
 Gesundheit
 Post

Sonstiges : _____

Version 3	Erstellt	Geprüft	Freigabe	Revision	Seite
Datum	12.2009	12.2016	02.2017	2018	2 von 3
Funktion	Verwaltung	Fr. Henkel +Stgr. QM	Stgr. QM	Verwaltung	

8. ärztliche Versorgung durch (Hausarzt):

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Bitte fügen Sie diesem Antrag einen vom derzeitig behandelnden Arzt (Hausarzt/Krankenhaus usw.) ausgefüllten Pflegeüberleitungsbogen bei.

9. Erklärung zur Finanzierung

Monatliches Einkommen: _____ Art des Einkommens: _____ Betrag: _____

(bitte zutreffendes ankreuzen)

- Vermögenswerte
- Haus-/Grundbesitz
- SparguthabenBetrag:.....

Verbindlichkeiten und Schulden:

regelmäßige Zahlungen

sonstige Verbindlichkeiten.....

Die Kosten werden finanziert durch:

- Selbstzahlung
- Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge
 - der Kostenübernahmeantrag wurde amgestellt
 - der Kostenübernahmeantrag wird umgehend gestellt

**Der Einzug ist grundsätzlich nur nach einer Kostenregelung möglich.
Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich an uns. Wir beraten Sie gerne!**

(Ort/Datum)

(Unterschrift Antragsteller/-in)

(Unterschrift Betreuer/-in oder Bevollmächtigte-/r)

Bemerkungen: Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung ohne den vom Arzt ausgefüllten Bogen nicht vollständig ist. Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung. Ihre persönlichen Daten werden im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes nur für eigene Zwecke gespeichert.

Version 3	Erstellt	Gepprüft	Freigabe	Revision	Seite
Datum	12.2009	12.2016	02.2017	2018	3 von 3
Funktion	Verwaltung	Fr. Henkel +Stgr. QM	Stgr. QM	Verwaltung	