

Heime Füssen	Anmeldung	 Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband Ostallgäu
	<input type="checkbox"/> St. Michael	

- Einzelzimmer
 Einzelzimmer plus
 Kurzzeitpflege
 Einzug
 Verhinderungspflege

Termin: von _____ bis _____ **oder** ab _____ **Zi-Nr.:** _____

Angaben zur Person:

Name/Vorname	Geb.-Datum	Geb.-Name
Telefon	Geburtsort	
Straße	PLZ, Ort	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft		
Staatsangehörigkeit	Konfession	

Angaben zu Angehörigen:

1.	Name	Vorname
	Verwandtschaftsgrad	Telefon/Handy
	E-Mail	Fax-Nr.
	Straße	PLZ, Ort
2.	Name	Vorname
	Verwandtschaftsgrad	Telefon/Handy
	E-Mail	Fax-Nr.
	Straße	PLZ, Ort
3.	Name	Vorname
	Verwandtschaftsgrad	Telefon/Handy
	E-Mail	Fax-Nr.
	Straße	PLZ, Ort

Hausarzt: _____

Name _____

Adresse _____ Telefon _____

Heime Füssen	Anmeldung	 Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband Ostallgäu
	<input type="checkbox"/> St. Michael	

Haben Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein

Krankenkasse:

_____ Versicherten-Nr. _____ Karte gültig bis _____

Adresse _____ Tel.-Nr. _____

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

seit _____

Schnelleinstufung durch die entlassende Klinik beantragt

Pflegeantrag bei der Pflegekasse gestellt wann _____

Besteht Befreiung von der Zuzahlung der Rezeptgebühren?

Ja Nein

Liegt ein Bescheid über die Feststellung einer Schwerbehinderung vor?

Ja Nein

Generalvollmacht (Notar) **Gesetzliche Betreuung** (Amtsgericht) **Vorsorgevollmacht**

Name/Vorname _____ Adresse _____

Telefon/Handy _____ E-Mail/Fax-Nr. _____

Welches Bestattungsinstitut regelt im Todesfall die Beerdigung?

Name _____ Adresse _____ Telefon _____

Haben Sie eine private Haftpflichtversicherung abgeschlossen?

Name der Versicherung _____ Adresse _____ Telefon _____

Angaben zur Übernahme der Heimkosten:

Wenn die monatlichen Einkünfte (inkl. Leistungen der Pflegekasse) oder das Vermögen zur Deckung der Pflegekosten ausreichen gilt die/der Aufzunehmende als SELBSTZAHLER/IN: Andernfalls ist bei dem zuständigen Sozialhilfeträger **sofort Antrag auf Kostenübernahme** zu stellen. Bis zur Übernahme der Kosten durch die Sozialhilfe ist die **Rente als Sicherheit** an die Einrichtung zu überweisen.

Die Aufnahme im Heim kann erst dann erfolgen, wenn der Kostenträger einwandfrei feststeht bzw. wenn der betreffende Sozialhilfeempfänger eine schriftliche Kostenübernahmeerklärung abgibt.

Selbstzahler Sozialhilfe: _____

Antrag auf Kostenübernahme gestellt bei/am _____

Wer meldet den Einzug?

Name _____ Adresse _____ Telefon _____

Datum _____ Unterschrift _____