
	Arbeiterwohlfahrt Südsachsen gGmbH	Qualitätsmanagementhandbuch Seniorenzentren
Teil IV, Anlage 2 QMH IV-Pr 31	Pflege und Betreuung Aufnahmeantrag	

.....
Stempel der Einrichtung

Debitornummer:


Name:	Geburtsname:		
Vorname:			
Wohnung: <small>(mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)</small>	Straße:		
	PLZ/Ort:		
derzeitiger Aufenthaltsort:	Einrichtung:		
	Straße:		
	PLZ/Ort:		
Geburtsdatum:	am:	in:	
Familienstand:	seid:		
Konfession:	Staatsangehörigkeit:		
Beruf:	erlernter Beruf:	zuletzt ausgeübter Beruf:	
Kinder:			
Angehörige: <small>(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)</small> <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger Verwandtschaftsgrad: 1. Bezugsperson	Vor- u. Zuname:		
	Straße:		
	PLZ/Ort:		
	Telefon:		
<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger Verwandtschaftsgrad:	Vor- u. Zuname:		
	Straße:		
	PLZ/Ort:		
	Telefon:		

Bezeichnung	QM-Handbuch	Bearbeiter*in	Freigabe	Freigabe durch:	Revision	Archivierung	Seite
QMH IV-Pr 31	Stationäre Pflege	QMB	01.06.2024	GF	2.1	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1 / 3

	Arbeiterwohlfahrt Südsachsen gGmbH	Qualitätsmanagementhandbuch Seniorenzentren
	Teil IV, Anlage 2 QMH IV-Pr 31	Pflege und Betreuung Aufnahmeantrag

<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger Verwandtschaftsgrad:	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	Telefon:
<input type="checkbox"/> mit rechtlichen Beschluss <input type="checkbox"/> notarielle Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Generalvollmacht	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	Telefon:
	Art, ggf. Umfang der Vollmacht:
Krankenkasse:	Name Versicherten-Nr.:
Pflegeversicherung:	Name
Hausarzt:	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	Telefon:
Facharzt:	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	Telefon:
Facharzt:	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	Telefon:

Bezeichnung	QM-Handbuch	Bearbeiter*in	Freigabe	Freigabe durch:	Revision	Archivierung	Seite
QMH IV-Pr 31	Stationäre Pflege	QMB	01.06.2024	GF	2.1	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	2 / 3

	Arbeiterwohlfahrt Südsachsen gGmbH	Qualitätsmanagementhandbuch Seniorenzentren
Teil IV, Anlage 2 QMH IV-Pr 31		Pflege und Betreuung Aufnahmeantrag

Facharzt:	Vor- u. Zuname:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	Telefon:
Kosten des Pflegeplatzes:	

Leistungsträger:	<input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> eigene Mittel	<input type="checkbox"/> Sozialamt
------------------	--------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

Bescheid Pflegegrad _____ liegt vor.

Antrag auf Pflegegrad gestellt am: _____

Hinweise

Religiöse Betreuung

Pfarrer:	
Gemeinde:	

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Änderungen der Unterbringung sind der Einrichtung in Absprache mit dem Antragsteller vorbehalten. Der Antrag wird nach 3 Jahren bei Nichtaktivierung gelöscht, wenn es nicht seitens des Antragstellers erneuert wird.

Dem Antrag sind beizufügen: - Kopie des Pflegegradbescheides

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellenden

.....
Unterschrift Einrichtungsleiter*in

Bezeichnung	QM-Handbuch	Bearbeiter*in	Freigabe	Freigabe durch:	Revision	Archivierung	Seite
QMH IV-Pr 31	Stationäre Pflege	QMB	01.06.2024	GF	2.1	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	3 / 3