

Anmeldung für den Senioren-Park in Würselen

<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen Gewünschte Wohnungsgröße: _____ Gewünschtes Einzugsdatum: _____

<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege Gewünschter Aufnahmetermin: _____ <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____ Unterbringungswunsch: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
--

<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege ab _____

<input type="checkbox"/> Tagespflege ab: _____ <input type="checkbox"/> Fahrdienst erforderlich Wochentage: _____

<input type="checkbox"/> Ambulant Betreute Wohngemeinschaft ab: _____

1. Kunde:

Name:	Vorname:
Geburtsname:	
Adresse:	
Abweichender Aufenthaltsort (z.B. Krankenhaus):	
Telefon:	
Email:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden	
Konfession:	Staatsangehörigkeit:

2. Erste Ansprechpartner:

Name:	Vorname:
<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Verwandtschaftsgrad:	
<input type="checkbox"/> Kopie der Betreuungsurkunde / Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
Adresse:	
Telefon:	
Email:	
Name:	Vorname:
<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Verwandtschaftsgrad:	
<input type="checkbox"/> Kopie der Betreuungsurkunde / Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
Adresse:	
Telefon:	
Email:	

- Patientenverfügung
- Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen
- Schwerbehindertenausweis
- Zuzahlungsbefreiung
-
-

3. Kranken- / Pflegeversicherung:

Name / Adresse: _____

Versichertennummer: _____

Beihilfe berechtigt

Pflegegrad:

1 2 3 4 5

Pflegegrad beantragt Datum: _____ Eilantrag durch Krankenhaus / Reha

Freigabe durch: GL	bearbeitet von:	Änderungsstatus	Datum
carpe diem GBS mbH	ZQM	5	April 2017

Kapitel 3.V.2	Qualitätsmanagement-Handbuch Geltungsbereich: Senioren-Park carpe diem und Trägergesellschaften	 carpe diem®
------------------	---	---

Antrag auf Leistungen der vollstationären, Kurzzeit- oder Verhinderungspflege gestellt

4. Ärztliche Versorgung

Hausarzt:
Adresse:
Telefon:
Fax:
Facharzt:
Adresse:
Telefon:
Fax:
Facharzt:
Adresse:
Telefon:
Fax:

5. Ergänzende Dienstleistungen

Nur auszufüllen bei Betreutem Wohnen, Ambulanter Pflege oder Tagespflege.

Menüservice
 Wäscheservice
 Hausnotruf

Freigabe durch: GL	bearbeitet von:	Änderungsstatus	Datum	
carpe diem GBS mbH	ZQM	5	April 2017	Seite 3 von 4

6. Einkommen

Nur auszufüllen bei vollstationärer und Kurzzeitpflege sowie Betreutem Wohnen!

	Einkommensart	Zahlende Stelle	Betrag
a			
b			
c			

Angaben zum Kostenträger:

Die Kosten werden aufgebracht durch:

- das oben aufgeführte Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen
- Zahlung durch: _____
- das zuständige Sozialamt in _____
 - Sozialhilfe beantragt
 - Wohngeld beantragt
- Sonstige Kostenträger: _____

6. Empfehlung:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Die Angaben dieses Aufnahmeantrages sind – bis auf Widerruf – verbindlich und entsprechen den Tatsachen.

Datum / Unterschrift des Kunden

Datum / Unterschrift des Betreuers / Bevollmächtigten

Bitte überzeugen Sie sich vor Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind. Diese Anmeldung ist unverbindlich.

Freigabe durch: GL	bearbeitet von:	Änderungsstatus	Datum	
carpe diem GBS mbH	ZQM	5	April 2017	Seite 4 von 4