

Anmeldung

zur
(unverbindlich)

- Heimaufnahme
 Tagespflege
ab
 Kurzzeitpflege
von bis

Pflegeheim Klinger

Birkenfelder Weg 11
96126 Maroldsweisach
Tel.: 09532/366
Fax: 09532/8075



**PFLEGEHEIM
KLINGER**
herzlich - menschlich - familiär

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Geburtsname:

Geburtsort:

Adresse:

Straße:

Telefon:

PLZ Ort:

z.B. KH / Reha

Derzeitiger

Aufenthaltsort:

Familienstand:

Konfession:

Staatsangeh.:

Angehörige /
Ansprechpartner:

Name:

Telefon:

Straße:

wie verwandt:

evtl. Betreuer:

PLZ/Ort:

Name:

Telefon:

Straße:

wie verwandt:

PLZ/Ort:

Name:

Telefon:

Straße:

wie verwandt:

PLZ/Ort:

Hausarzt:

Name/Straße/PLZ/Ort/Telefon

behandelnder
Arzt vor Ort:

Name/Straße/PLZ/Ort/Telefon

Krankenkasse:

Name/Straße/PLZ/Ort/Telefon/Fax

Versichertennummer:

Status:

Rezeptgebühren:

ja, befreit bis _____

Pflegegrad:

keinen 1 2 3 4 5 beantragt am:

Schwerbehinderung:

_____ % (Ausweis!)

Merkzeichen:

(z.B.: G)

Kostenträger:

Selbstzahler

Art des Einkommens:

Betrag (gesamt):

€

Sozialhilfe

Antrag gestellt am:

Wo:

Unterbringung:

Doppelzimmer

Einzelzimmer (2,- € / Tag)

Kostenverpflichtung
bei Kurzzeitpflege:

Bei einer Ablehnung der Kostenübernahme durch meine Krankenkasse oder den für mich zuständigen Kostenträger verpflichte ich mich zur Übernahme aller im Zusammenhang mit meinem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege entstandenen Kosten.

Erklärung:

Ich bin über meine Verpflichtung zur Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses nach § 36 Abs. 4 IfSG aufgeklärt worden. Sollte ich dieser Verpflichtung nicht nachkommen und im Falle einer ansteckenden Lungentuberkuloseerkrankung andere mit Lungentuberkulose anstecken, stelle ich die Einrichtung / den Heimträger Herrn Christian Wokel von eventuellen Schadensersatzansprüchen frei.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt und die Kenntnisnahme des ANHANGS zur Datenschutzgrundverordnung.

Ort.:

Unterschrift des Aufzunehmenden bzw. des Antragstellers:

Datum: