

Anmeldebogen

Seniorenbetreuung Scheidegg gGmbH
Senioren- und Pflegeheim St. Vinzenz
Am Sportplatz 7 | 88175 Scheidegg
Tel.: 08381 / 807 809-0 | Fax: 08381 / 807 809-70



Anmeldung zum „vollstationären Aufenthalt“ zur „Kurzzeit- und/oder Verhinderungspflege“

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____ Familienstand: _____ Konfession: _____

Krankenkasse: _____ Zuzahlungsbefreit: ja nein

Pflegegrad: Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5 beantragt

Angehörige/r 1: _____

Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon privat

Telefon privat

Telefon Mobil

Angehörige/r 2: _____

Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon privat

Telefon privat

Telefon Mobil

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Haben Sie eine/n Betreuer/in oder eine Vollmacht erteilt? Ja Nein

Art der Betreuung: privatrechtliche Vollmacht notarielle Vollmacht gerichtliche Betreuung
(bitte unbedingt eine Kopie des Betreuerausweises oder der jw. Vollmacht beifügen)

Haben Sie eine Patientenverfügung? (falls ja, bitte Kopie beifügen) Ja Nein

Zimmerwunsch: Einzelzimmer Doppelzimmer beides möglich

Dringlichkeit: ab sofort/schnellstmöglich
 „nur“ Warteliste (geben Sie uns in diesem Fall Bescheid, wenn Ihre Anmeldung auf „ab sofort/schnellstmöglich“ umgestellt werden soll/muss)

ACHTUNG!!!
Ihre Anmeldung wird bei „ab sofort/schnellstmöglich“ automatisch nach 6 Monaten wieder aus der Warteliste entfernt. Wenn dies nicht gewünscht wird, melden Sie sich vor Ablauf dieser 6 Monate bei uns und geben entsprechend Bescheid.

Anmeldebogen

Seniorenbetreuung Scheidegg gGmbH

Senioren- und Pflegeheim St. Vinzenz

Am Sportplatz 7 | 88175 Scheidegg

Tel.: 08381 / 807 809-0 | Fax: 08381 / 807 809-70



Werden Sie von einem ambulanten Pflegedienst betreut?

 Ja Nein

Pflegedienst:

Name

Adresse

Telefon

Rechnungsempfänger für die Abrechnung des Eigenanteils

Name, Vorname

Adresse, PLZ, Ort

Zahlungsart:

per Rechnung (Zahlungsziel: 7 Tage nach Rechnungserhalt)

per Lastschrift (siehe SEPA-Lastschrift-Mandat im Heimvertrag, bzw. als separate Anlage)

Kostenträger:

eigenes Vermögen/Einkommen

eigenes Vermögen/Einkommen + Pflegeversicherung

eigenes Vermögen/Einkommen + Pflegeversicherung + Sozialhilfe

Sozialhilfe beantragt?

 Ja Nein

Zuständiges

Sozialamt

_____ Aktenzeichen: _____

Notizen:

Ort, Datum

Unterschrift des Auskunftgebers

Ort, Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden (sofern möglich)