

Qualitätspflege mit Herz

Haus der Senioren GmbH
Europastr. 21
72622 Nürtingen
Tel 07022 - 73980
Fax 07022 - 739835

Pflegezentrum Kirchheim GmbH
Jahnstr. 15
73230 Kirchheim
Tel 07021 – 50560
Fax 07021 – 505635

Verwaltung und Abrechnung
Tel 07022 – 55253 – Fax 07022 – 503825

Interessenten- und Anmeldebogen

Persönliche Daten:

Pflege Art	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Dauerpflege	<input type="checkbox"/> Tagespflege
Gewünschter Aufnahmetermin	ab _____ bis _____	ab _____	ab _____
Wie wurde bisher gepflegt?			

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Name:	Vorname:
Geb. Datum	Geburtsort/-land
Straße	PLZ und Ort

Familienstand	Staatsangehörigkeit	Konfession	Schwerbehindert
<input type="checkbox"/> verh.	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> ev.	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> verw.	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> rk.	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> _____	_____
			Merkzeichen

Kostenträger Kranken-/Pflegekasse

versichert bei:	Pflegestufe	Zuzahlungsbefreit	Vollmachten/Verfügung
<input type="checkbox"/> AOK	<input type="checkbox"/> PS 1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PS 2	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht
	<input type="checkbox"/> PS 3	<input type="checkbox"/> beantragt	
	<input type="checkbox"/> nicht eingestuft		

Qualitätspflege mit Herz

Haus der Senioren GmbH
Europastr. 21
72622 Nürtingen
Tel 07022 - 73980
Fax 07022 - 739835

Pflegezentrum Kirchheim GmbH
Jahnstr. 15
73230 Kirchheim
Tel 07021 – 50560
Fax 07021 – 505635

Verwaltung und Abrechnung
Tel 07022 – 55253 – Fax 07022 – 503825

Ansprechpartner/Betreuer 1

Name:	Vorname:
Straße	PLZ/Ort
Tel. privat	Handy/E-Mail:
<input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> sonstige _____	<input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Verhandlungspartner <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger

Ansprechpartner/Betreuer 2

Name:	Vorname:
Straße	PLZ/Ort
Tel. privat	Handy/E-Mail:
<input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> sonstige _____	<input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Verhandlungspartner <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger

Finanzierung BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN!

<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Vermögen <input type="checkbox"/> Sozialamt _____	<input type="checkbox"/> Rechnung an Bewohner selbst <input type="checkbox"/> Ansprechpartner/Betreuer 1 <input type="checkbox"/> Ansprechpartner/Betreuer 2
--	--

Qualitätspflege mit Herz

Haus der Senioren GmbH
Europastr. 21
72622 Nürtingen
Tel 07022 - 73980
Fax 07022 - 739835

Pflegezentrum Kirchheim GmbH
Jahnstr. 15
73230 Kirchheim
Tel 07021 – 50560
Fax 07021 – 505635

Verwaltung und Abrechnung
Tel 07022 – 55253 – Fax 07022 – 503825

Anamnese

Bisheriger Hausarzt	
Name:	Vorname:
Straße	PLZ/Ort
Tel.	Fax

<input type="checkbox"/> Mobil	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> bettlägerig	
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Beatmung	<input type="checkbox"/> sonstiges	

Ergänzungen:

Einwilligung:

Datum: _____

Bewohner/in _____

Betreuer/in _____

Antragsteller/in _____