

Anmeldung vollstationär Aufnahme/KUPF/TPF/ Verhinderungspflege	Geltungsbereich GmbH außer AD	
FB Nr. 29	Aufbewahrung bis: 5 Jahre	Verteiler SD Akte

Anmeldung zur vollstationären Aufnahme / Kurzzeitpflege / Tagespflege / Verhinderungspflege

Antragsstellung erfolgt: <input type="checkbox"/> zum nächst möglichen Zeitpunkt <input type="checkbox"/> vorsorglich		wird von der Einrichtung ausgefüllt: Eingangsdatum:			
<input type="checkbox"/> Einrichtung Königs Wusterhausen Rosa-Luxemburg-Straße 18 15711 Königs Wusterhausen Tel.: 03375 / 25 00 Fax: 03375 / 87 28 23 <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege		<input type="checkbox"/> Einrichtung Wildau Lessingstraße 24 15745 Wildau, Tel.: 03375 / 51 40 Fax: 03375 / 51 44 94 <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Tagespflege			
<input type="checkbox"/> Tagespflege Königs Wusterhausen Schlossstraße 6 15711 Königs Wusterhausen Tel: 03375 / 2869715 Fax: 03375 / 2869717		<input type="checkbox"/> Einrichtung Deutsch Wusterhausen, Chausseestraße 81 15711 Königs Wusterhausen Tel: 03375 / 27 60 Fax: 03375 / 29 11 96 <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege			
<input type="checkbox"/> Einrichtung Regine Hildebrandt Gerontopsychiatrische Einrichtung Wernsdorfer Straße 64 15713 Königs Wusterhausen/ OT Niederlehme Tel.: 033762 / 82 00 Fax: 033762 / 82 01 01 <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Tagespflege		<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflegeeinrichtung Chausseestraße 81 15711 Königs Wusterhausen Tel: 03375 / 27 60 Fax: 03375 / 29 11 96 <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege von _____ bis _____			
Vor- und Zuname					
Geburtsname					
Geburtstag		Geburtsort			
Familienstand		Konfession	Staatsangehörigkeit		
Anschrift	Straße/PLZ/Ort				
Telefon					
Erstellt	Geprüft (QMB)	Freigabe (Prok.)	Version	Datum	Seite
QZ DW	Marko	Makowski	1.5	25.11.22	Seite 1 von 3

Anmeldung vollstationär Aufnahme/KUPF/TPF/ Verhinderungspflege	Geltungsbereich GmbH außer AD	
FB Nr. 29	Aufbewahrung bis: 5 Jahre	Verteiler SD Akte

Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung bitte entsprechende Adresse angeben) Ansprechpartner / Telefon:	Straße/PLZ/Ort <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Angehörige	a) Name/Straße/PLZ/Ort <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
	Verwandtschaftsgrad: _____ Telefon: _____ Email: _____ Mobil: _____	
	b) Name/Straße/PLZ/Ort <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
	Verwandtschaftsgrad: _____ Telefon: _____ Email: _____ Mobil: _____	
	c) Name/Straße/PLZ/Ort <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
	Verwandtschaftsgrad: _____ Telefon: _____ Email: _____ Mobil: _____	
	Betreuer/in (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides/ Betreuerausweises beifügen)	Name/Straße/PLZ/Ort/Telefon <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	Bevollmächtigte/r (bitte Kopie der Vollmacht beifügen)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	Hausarzt vorhanden? Facharzt (Fachrichtung) vorhanden?	Name / Straße / PLZ / Ort / Telefon <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> Weiterbehandlung mit Hausbesuchen in der Einrichtung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name / Straße / PLZ / Ort / Telefon <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> Weiterbehandlung mit Hausbesuchen in der Einrichtung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Anmeldung vollstationär Aufnahme/KUPF/TPF/ Verhinderungspflege	Geltungsbereich GmbH außer AD	
FB Nr. 29	Aufbewahrung bis: 5 Jahre	Verteiler SD Akte

Pflegegrad	Ist ein Pflegegrad vorhanden? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN (Wenn ja, bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen) Wenn ja, welcher? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Falls noch kein Pflegegrad vorhanden ist, wurde ein Antrag bereits gestellt? Falls ja, durch wen und wann wurde beantragt? -----	
Pflegekasse		
Versichertennummer		
Gewünschte Zimmerart (Bitte Begründung angeben)	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> (nicht mgl. in der Kurzzeitpflege)	Doppelzimmer <input type="checkbox"/>
Hinweise Ergänzungen (z.B. besteht eine Hinlauftendenz)	----- ----- -----	
Eigenanteil	0 Selbstzahler <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 0 Hilfe zur Pflege (Sozialamt) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		
Folgende Unterlagen wurden unter anderem mit dem Anmeldeformular übergeben / übersandt: Biografiebogen, Merkblatt zur Ernährung, Merkblatt Demenz, Merkblatt Hinlauftendenz sowie Formblätter für den Hausarzt, Checkliste stat. Aufnahme / Kurzzeit-/ Verhinderungspflege, Kostensätze		
Ort / Datum	Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten	

Erstellt	Geprüft (QMB)	Freigabe (Prok.)	Version	Datum	Seite
QZ DW	Marko	Makowski	1.5	25.11.22	Seite 3 von 3