Anmeldung zur vollstationären Aufnahme/ Tagespflege/ Verhinderungspflege

Antragsstellung erfolgt: ☐ zum nächst möglichen Zeitpunkt ☐ vorsorglich	**wird von der Einrichtung ausgefüllt:** Eingangsdatum: ……
☐ **Wohnpark Am Nottekanal** Rosa-Luxemburg-Straße 18 15711 Königs Wusterhausen Tel.: 03375 / 25 00 Fax: 03375 / 87 28 23 ☐ **vollstationäre Pflege** ☐ **Verhinderungspflege**	☐ **Einrichtung Wildau** Lessingstraße 24 15745 Wildau, Tel.: 03375 / 51 40 Fax: 03375 / 51 44 94 ☐ **vollstationäre Pflege** ☐ **Verhinderungspflege** ☐ **Tagespflege**
☐ **Einrichtung Regine Hildebrandt** Gerontopsychiatrische Einrichtung Wernsdorfer Straße 64 15713 Königs Wusterhausen | OT Niederlehme Tel.: 033762 / 82 00 Fax: 033762 / 82 01 01 ☐ **vollstationäre Pflege** ☐ **Tagespflege**	☐ **Wohnpark An der Koppel** Chausseestraße 81 15711 Königs Wusterhausen Tel: 03375 / 27 60 Fax: 03375 / 29 11 96 ☐ **vollstationäre Pflege** ☐ **Tagespflege** ☐ **Verhinderungspflege**

Vor- und Zuname			
Geburtsname			
Geburtstag		**Geburtsort**	
Familienstand	**Konfession**	**Staatsangehörigkeit**	
Anschrift **Telefon**	Straße/PLZ/Ort ---------- ----------		

Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung bitte entsprechende Adresse angeben) Ansprechpartner / Telefon:	Straße/PLZ/Ort --- --- --- ---
Angehörige a)	Name/Straße/PLZ/Ort --- --- Verwandtschaftsgrad: Telefon: Email: Mobil:
b)	Name/Straße/PLZ/Ort --- --- Verwandtschaftsgrad: Telefon: Email: Mobil:
c)	Name/Straße/PLZ/Ort --- --- Verwandtschaftsgrad: Telefon: Email: Mobil:
Betreuer/in (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides / Betreuerausweises beifügen) **Bevollmächtigte/r** (bitte Kopie der Vollmacht beifügen)	Name/Straße/PLZ/Ort/Telefon --- --- --- --- ---

Hausarzt vorhanden?	Name / Straße / PLZ / Ort / Telefon --- --- --- Weiterbehandlung mit Hausbesuchen in der Einrichtung: ☐ Ja ☐ Nein
Facharzt (Fachrichtung) vorhanden?	Name / Straße / PLZ / Ort / Telefon --- --- --- Weiterbehandlung mit Hausbesuchen in der Einrichtung: ☐ Ja ☐ Nein
Pflegegrad	Ist ein Pflegegrad vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein (Wenn ja, bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen) Wenn ja, welcher? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Falls noch kein Pflegegrad vorhanden ist, wurde ein Antrag bereits gestellt? Falls ja, durch wen und wann wurde beantragt? --- --- ---
Pflegekasse	
Versicherten-nummer	

Gewünschte Zimmerart (Bitte Begründung angeben)	Einzelzimmer ☐	Doppelzimmer ☐
Hinweise / Ergänzungen (z.B. besteht eine Hinlauftendenz)	_____ ---------- ----------	
Eigenanteil	**0 Selbstzahler** ☐ Ja ☐ Nein **0 Hilfe zur Pflege (Sozialamt)** ☐ Ja ☐ 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 / Verhinderungspflege, Kostensätze**		
Ort / Datum	**Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten**	