

Seniorenwohnpark Schöneiche
 Träger: Seniorenwohn- und -pflegeheim
 Schöneiche gGmbH
 Hannestr. 18
 15566 Schöneiche bei Berlin
 030/64 33 49 11

Anmeldung



Name		Geburtsname <small>(Familienname, bei Frauen auch den Geburtsname)</small>	
Vorname <small>(Rufnamen bitte unterstreichen!)</small>		erlernter Beruf	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Wohnort <small>(polizeilicher Hauptwohnsitz) Ort/PLZ/Straße)</small>			
Zurzeit in welchem Krankenhaus / Einrichtung? <small>Name/Anschrift der Einrichtung</small>		Tag des Einzuges: WB/ Zimmer:	
Familienstand:		Staatsangehörigkeit:	Konfession:
Krankenkasse: Versichertennummer: _____ Kassennummer: _____ <small>(steht ganz links auf der Vorderseite)</small>		Bitte vor Einzug eine Kopie der Versichertenkarte abgeben!	
Zuzahlungsbefreit? <small>(bitte zutreffendes ankreuzen)</small>		gültig ab: _____ bis: _____	
Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>			
Gewünschter Einzugstermin:			
Kostenträger zutreffendes bitte ankreuzen Selbstzahler: <input type="radio"/> Sozialamt: <input type="radio"/> Sonstige: <input type="radio"/>		Pfleggrad: 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Bitte aktuellen Bescheid der Pflegekasse abgeben! 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> <small>(Bitte das letzte Pflegegutachten mit abgeben!)</small>	
Hausarzt:		kein Pflegegrad? Antrag bereits gestellt?	
Name:		Ja <input type="radio"/> Begutachtung ist erfolgt? <input type="radio"/>	
Adresse:		nein <input type="radio"/>	
Tel. & Fax.:		<small>Zutreffendes bitte ankreuzen!</small>	
Betreuer/ Bevollmächtigter:		Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name:		Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Adresse:			
Tel./ Fax./ email:			
Bitte Kopie des Betreuerausweises oder der Vollmacht beilegen.		Bitte Kopien der Vorsorgevollmacht und der Patientenverfügung beilegen.	

Angehörige

(Vor- und Zuname)

(wie verwandt?)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Wohnort)

Telefon und Erreichbarkeit

email (bitte angeben!)

Angehörige

(Vor- und Zuname)

(wie verwandt?)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Wohnort)

Telefon und Erreichbarkeit

email (bitte angeben!)

Anmerkungen: (körperliches und psychisches Befinden, chronische Erkrankungen, Pflegebedarf)?

Hilfsmittel? (z.B. Rollator, Rollstuhl, Brille, Zahnprothese, Hörgeräte)

Zimmerausstattung? Grundausrüstung vom Haus eigene Möbel

Telefon gewünscht?

Datenschutz: Mit der Erhebung, Aufbewahrung sowie Verarbeitung der personenbezogenen Daten erkläre ich mich einverstanden.

(Datum und Unterschrift des Antragsstellers)