

	2.2.11. CH	Anmeldung zur Heimaufnahme
--	-----------------------	---------------------------------------

EDV.- Nr.:		KU	<input type="checkbox"/>	
Zimmer- Nr.:		VH	<input type="checkbox"/>	
		Vollstationär	<input type="checkbox"/>	
Vor- und Zuname:			geborene:	
Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)				
Straße, PLZ, Ort:			Telefon:	
Geburtsort:		Geburtsdatum:		
Familienstand:	Konfession:	Staatsangehörigkeit:		
(1) Angehörige				
Name:				
Straße, PLZ, Ort:				
Wie verwandt:		Telefon:		
(2) Angehörige				
Name:				
Straße, PLZ, Ort:				
Wie verwandt:		Telefon:		
Betreuer (nach Betreuungsrecht):				
Name:		Telefon:		
Straße, PLZ, Ort:				
Wirkungskreis der Betreuung:				
Hausarzt/ Name:		Telefon:		
Straße, PLZ, Ort:				
Krankenkasse:		befreit: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
gewünschte Unterbringung:		gewünschter Aufnahmetermin:		Pflegegrad:
Einzelzimmer:	<input type="checkbox"/>	Doppelzimmer:	<input type="checkbox"/>	
Kostenträger:				§ 39c SGB V:
Datum, Unterschrift des Antragstellers			Handzeichen Mitarbeiter	

Freigabe durch HL	Freigabe 08. KW 2017	Wiedervorlage 08. KW 2019	Änderungsstufe 5	Erstellt durch QMB	Erstellt am 20.02.2017
--------------------------	-----------------------------	----------------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------------