

# Gemeinnützige Husumer Alten- und Pflegeheim GmbH

Volquart - Pauls Straße 8 - 10, 25813 Husum  
E.-Mail: [h.ehlert@altenheim-husum.de](mailto:h.ehlert@altenheim-husum.de)

## Anmelde- / Aufnahmeformular

- Kurzzeitpflege vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 vollstationäre Pflege voraussichtlich ab \_\_\_\_\_  
 Dauerpflege nach Kurzzeitpflege geplant  
 Zimmernr. \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

### Angehörige / Bekannte

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Wie verwandt \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Wie verwandt \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

Betreuer       Vollmacht      Wie verwandt \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

Erstellt: D.Schwohn I. Funk	Geprüft: QMB I.Funk	Freigabe: M. Zischeck	Stand: 16.12.2016 Revision: 02	Seite: 1
-----------------------------------	---------------------------	--------------------------	--------------------------------------	-------------

Handy \_\_\_\_\_ E.-Mail \_\_\_\_\_

**Aufgabenkreis (Kopie beilegen)**

- Gesundheitsvorsorge    Vermögensvorsorge    Aufenthaltsbestimmung  
 Post    Sonstiges

**Krankenkasse / Pflegekasse**

Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Versicherten Nr. \_\_\_\_\_

Befreiung von Rezeptgebühren (Kopie beilegen)    ja    nein

Pflegegrad    1    2    3    4    5    vorläufig

Inkontinent    ja    nein

Einstufung    Höherstufung beantragt am \_\_\_\_\_

Apotheke: \_\_\_\_\_

**Kostenträger**

Selbstzahler   Rechnungsempfänger \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Dienstlich \_\_\_\_\_ E.-Mail \_\_\_\_\_

Sozialamt

Adresse \_\_\_\_\_

Antrag auf Kostenübernahme ist/wird gestellt am \_\_\_\_\_

**Hausarzt**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Hausarzt nach Aufnahme

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Sollten Sie kein Interesse am Pflegeplatz haben informieren Sie uns zeitnah.

Erstellt: D.Schwahn I. Funk	Geprüft: QMB I.Funk	Freigabe: M. Zischek	Stand: 16.12.2016 Revision: 02	Seite: 2
-----------------------------------	---------------------------	-------------------------	--------------------------------------	-------------