

Friesisches Pflegezentrum Accum
Geestweg 2, 26419 Schortens
Tel.(04423)9166-0
 Anmeldebogen für Heimaufenthalt

Persönliche Angaben Bewohner

Familiename:	Vorname:	Geburtsname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Telefon:	Konfession:	Beruf:
Adresse vor Heimeinzug Straße:		PLZ / Ort:

Pflegekasse	
Name, Anschrift, Telefon, Fax:	Versichertennummer:
Liegt für die / den Antragsteller/in eine Zusage der Pflegeversicherung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Angabe der Pflegestufe <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	
Liegt eine Beihilfeberechtigung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht für die / den Antragsteller/ in eine Befreiung von Rezeptgebühren? <input type="checkbox"/> ja, gültig ab <input type="checkbox"/> nein	
Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fragen zum Heimaufenthalt	
Soll die Heimaufnahme eine <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege ab bis voraussichtlich oder <input type="checkbox"/> Langzeitpflege ab Sein?	

Friesisches Pflegezentrum Accum
Geestweg 2, 26419 Schortens
Tel.(04423)9166-0
 Anmeldebogen für Heimaufenthalt

Angaben zur gewünschten Unterbringung	
<input type="radio"/> Einzelzimmer Nr.:	<input type="radio"/> Doppelzimmer Nr.:
Telefonanschluss gewünscht? gewünscht?	Wäschekennzeichnung
<input type="radio"/> Ja, dann bitte Telefonanbieter beauftragen	<input type="radio"/> ja
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein

Heimkostenfinanzierung
Finanzierung geklärt?
<input type="radio"/> aus Rente <input type="radio"/> aus Beamtenversorgung <input type="radio"/> aus Kriegsopferfürsorge <input type="radio"/> Selbstzahler
<input type="radio"/> aus Heimhilfe/Sozialamt
Zuständiges Sozialamt:.....
<input type="radio"/> Bestätigung des Sozialamtes liegt vor: AZ
<input type="radio"/> Antrag wurde gestellt am:.....
durch:.....
Rechnungsempfänger:.....
Rechnungsanschrift:.....

Zahlung der Heimkosten		
<input type="radio"/> per Lastschrift	<input type="radio"/> per Überweisung	<input type="radio"/> Einzugsermächtigung liegt vor

Friesisches Pflegezentrum Accum
Geestweg 2, 26419 Schortens
Tel.(04423)9166-0
 Anmeldebogen für Heimaufenthalt

Angehörige		
1.) Name :	Vorname:	Verwandschaftsverhältnis:
Straße / PLZ / Ort:		Telefon (mit Vorwahl)
e-Mail-Adresse:		
2.) Name :	Vorname:	Verwandschaftsverhältnis:
Straße / PLZ / Ort:		Telefon (mit Vorwahl)
e-Mail-Adresse:		
3.) Name :	Vorname:	Verwandschaftsverhältnis:
Straße / PLZ / Ort:		Telefon (mit Vorwahl)
e-Mail-Adresse:		
Im Todesfall zu informieren: Den / Die oben genannte/n Angehörige/n:..... Folgendes Beerdigungsinstitut:.....		

Friesisches Pflegezentrum Accum
Geestweg 2, 26419 Schortens
Tel.(04423)9166-0
 Anmeldebogen für Heimaufenthalt

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?				
Durch Hausarzt	Durch Empfehlung	Durch Werbung	Durch Internet	sonstiges
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Betreuung		
Besteht eine Vorsorgevollmacht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Bevollmächtigter Angehörig siehe 1.), 2.) , 3.)
Besteht eine Betreuung ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wenn ja, dann sind Angaben erforderlich
Name des Betreuers:	Straße:	
PLZ /Ort:		Telefon (mit Vorwahl)
Amtsgericht:	Aktenzeichen:	Art der Betreuung: <input type="radio"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="radio"/> Gesundheitsfürsorge <input type="radio"/> Vermögenssorge <input type="radio"/>

Hausarzt	
Name:	Straße:
PLZ / Ort:	Telefon (mit Vorwahl)

Friesisches Pflegezentrum Accum
Geestweg 2, 26419 Schortens
Tel.(04423)9166-0
Anmeldebogen für Heimaufenthalt

Entsorgung von Arzneimitteln

Hiermit beauftrage ich das Friesisches Pflegezentrum Accum, abgesetzte Medikamente regelrecht zu entsorgen:

Ja nein

Hiermit beauftrage ich das Friesisches Pflegezentrum Accum, im Todesfall alle vorhandenen Medikamente zu entsorgen:

Ja nein

Die Arzneimittel werden von meinen Angehörigen entsorgt.

Besteht eine **Privathaftpflicht-Versicherung**? ja nein

Liegt eine **Patientenverfügung** vor?

ja, (Kopie erforderlich), Original hinterlegt

bei.....

nein

Hiermit erkläre ich, dass die Angaben vollständig sind und der Richtigkeit entsprechen.

Die / Der , Unterzeichnende erklärt sich damit einverstanden, dass die vorgenannten Daten zur Vorbereitung der Ausnahme und zur Ausfertigung des Heimvertrages elektronisch gespeichert und weiterverarbeitet werden.

Die Anmeldung gilt bis zum Abschluss des Heimvertrages als verbindlich.

Datum und Unterschrift des Antragstellers / ggf. Betreuer