



Residenz Karl Barth
Karl-Barth-Str. 4, 06237 Leuna
Tel.: 03461 2887-0
Fax: 03461 2887-999
Mail: info@residenz-karlbarth.de

Ein Unternehmen der



Anmeldung zur Heimaufnahme

<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> vorsorglich
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege mit anschließender vollstationärer Pflege	

derzeitiger Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Pflegeheim
	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung	<input type="checkbox"/>

gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer vorstellbar	

Angaben zur Person des Aufzunehmenden

gewünschter Einzug am:	
------------------------	--

Name			
Geburtsname			
Vorname(n)			
Geburtsdatum		Geb.-Ort	
Konfession			
Staatsangehörigkeit			
Familienstand			
Anschrift			
Krankenkasse			
Versicherungsnummer			
Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> beantragt		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 seit:		
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

	Residenz Karl Barth Karl-Barth-Str. 4, 06237 Leuna Tel.: 03461 2887-0 Fax: 03461 2887-999 Mail: info@residenz-karlbarth.de	Ein Unternehmen der 
---	--	--

Heimkosten werden aufgebracht durch:

<input type="checkbox"/> eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> Beratung gewünscht
--	---

Angehörige/ sonstige Kontaktpersonen

1. Name, Vorname			
Anschrift			
Telefon			
Verwandtschaftsgrad oder sonstiges	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer	
E-Mail			
Rechnung per Mail	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

2. Name, Vorname			
Anschrift			
Telefon			
Verwandtschaftsgrad oder sonstiges	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer	
E-Mail			
Rechnung per Mail	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Hausarzt

Name, Vorname			
Anschrift			
Telefon		Fax	
E-Mail			
weitere Fachärzte:			

Ort, Datum

Unterschrift