

Antrag auf Aufnahme in die Warteliste

- ☐ auf unbestimmte Zeit
- ☐ Kurzzeitpflege im Anschluss an stationäre Behandlung
- ☐ Kurzzeitpflege bei häuslicher Krisensituation
- ☐ Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson

vom bis

Wir werden die von Ihnen mitgeteilten Informationen vertraglich und ausschließlich in der zuständigen Abteilung behandeln. Sollte nicht bis in längstens **4 Wochen** das von Ihnen gewünschte Vertragsverhältnis zustande gekommen sein, werden die eingereichten Unterlagen gelöscht, bzw. vernichtet. Sie können diese Frist mündlich oder schriftlich verlängern. Kommt es zu einem Vertragsabschluss, werden Ihre eingereichten Unterlagen zur Akte genommen. Hinweise zum Datenschutz können Sie unter www.stiftung-uhlebuell.de nachlesen.

1. Persönliche Angaben:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geburtsname:	Geburtsort:	Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet
Straße:	Postleitzahl:	Wohnort:
Telefon:	Konfession:	Beruf:
Derzeitiger Aufenthaltsort (falls vom gemeldeten Wohnsitz abweichend):		
		Telefon:
Straße:	Postleitzahl:	Ort:

2. Kranken- / Pflegekasse

Name und Anschrift der Kasse/n:	Mitgliedsnummer:		
Pflegegrad:			
☐ Pflegegrad 1	☐ Pflegegrad 3	☐ Pflegegrad 5	☐ Antrag gestellt
☐ Pflegegrad 2	☐ Pflegegrad 4		☐ Antrag noch nicht gestellt
Patientenverfügung: ☐ besteht ☐ besteht nicht			
Bereits in Anspruch genommene Kurzzeitpflege:			

Bearbeiter / Datum	Freigabe / Datum	Version	Seite
QMB / 11.12.2018	Nicolaisen / 11.12.2018	0.1	1 / 3

3. Hausarzt

Name:		Telefon:
Straße	Postleitzahl:	Ort:

4. Angehörige

Verwandtschaftsverhältnis:	Name:	Vorname:	Telefon:
Straße:	Postleitzahl:	Ort:	
eMail:			
Verwandtschaftsverhältnis:	Name:	Vorname:	Telefon:
Straße:	Postleitzahl:	Ort:	
Rechtl. Betreuer o. erstgenannte/n ☐ akuter Erkrankung ☐ Angehörige/n informieren bei: ☐ KH-Einweisung ☐ Sterbeprozess/Ableben ☐ auch Nachts			

5. ☐ Gesetzliche Betreuung ☐ Vorsorgevollmacht

☐ besteht ☐ besteht nicht		☐ Aufenthaltsbestimmung
Vormundschaftsgericht:	Aktenzeichen:	☐ Gesundheitsfürsorge
		☐ Vermögenssorge
		☐ Entgegennahme der Post*
Betreuer/Bevollmächtigter:		Telefon:
Straße:	Postleitzahl:	Ort:
eMail:		

*schriftliche Vereinbarung zum Umgang mit der Post erforderlich

6. Diagnosen:

--

7. Benötigte Hilfsmittel:

- ☐ es werden keine Hilfsmittel benötigt.
- ☐ es werden folgende Hilfsmittel benötigt:
- ☐ PEG ☐ Sauerstoff ☐ med. Geräte:
1.
2.
3.

8. Sonstiges:

Wodurch aufmerksam geworden?	☐ Mundpropaganda ☐ Presse ☐ Veranstaltung	☐ Arzt ☐ Krankenhaus ☐ Internet	☐ Sonstiges
-------------------------------------	--	--	------------------------------------

Termin zur Unterzeichnung des Wohn- und Betreuungsvertrages:

Die Anmeldung gilt bis zum Abschluss des Heimvertrages als unverbindlich.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Bearbeiter / Datum	Freigabe / Datum	Version	Seite
QMB / 11.12.2018	Nicolaisen / 11.12.2018	0.1	3 / 3