

HEIMANMELDUNG

Seniorenhaus Am Unteren Tor | Gerbergasse 4 | 95028 Hof



HOSPITALSTIFTUNG HOF
SEIT 1264

SICHER ZUKUNFTSORIENTIERT REGIONAL

Persönliche Daten:				
Name:				
Vorname:				
Geburtsname:			Geburtsdatum:	
Geburtsort:				
Familienstand:		Konfession:		
Straße:				
PLZ:		Ort:		
Telefon-Nr.:				
E-Mail-Adresse:				
Zur bisherigen Dauer des Bezugs von Leistungen der vollstationären Dauerpflege teilt der Bewohner mit, dass				
er bislang noch keine Leistungen erhalten hat: <input type="checkbox"/>		er bislang für _____ (begonnene) Kalendermonate Leistungen erhalten hat.		er übergeleitet wird aus: <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> einer anderen Pflegeeinrichtung
Gewünschte Heimaufnahme:				
Kurzzeitpflege:		von:	bis:	
Verhinderungspflege:		von:	bis:	
Vollstationär:		ab:		
Einzelzimmer: <input type="checkbox"/>		Doppelzimmer: <input type="checkbox"/>		beides möglich: <input type="checkbox"/>
Heimkostenfinanzierung:				
Eigenanteil: <input type="checkbox"/>		Pflegekasse: <input type="checkbox"/>		Beihilfe: <input type="checkbox"/> Sozialhilfe: <input type="checkbox"/>
Pflegekasse:				
Name der Pflegekasse:			Sitz der Pflegekasse:	
Krankenversichertennummer:				
Pflegegrad ja: <input type="checkbox"/>	wenn ja, welcher:	Wenn ja, wie lange bereits:	Pflegegrad nein: <input type="checkbox"/>	Pflegegrad beantragt: <input type="checkbox"/>
Ärzte:				
Hausarzt:		Telefon-Nr.:		
zuzahlungsbefreit ja: <input type="checkbox"/>		zuzahlungsbefreit nein: <input type="checkbox"/>		

Angehöriger	
Name:	
Vorname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Vollmacht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Betreuerausweis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Angehöriger	
Name:	
Vorname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Vollmacht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Betreuerausweis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Gesetzlich bestellter Betreuer	
Name:	
Vorname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Vollmacht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Betreuerausweis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Ort und Datum: _____

 Unterschrift aufnehmender Mitarbeiter/in

 Unterschrift Heimbewohner/Angehöriger/
 Bevollmächtigter bzw. Betreuer