

HEIMANMELDUNG

Seniorenhaus Christiansreuth
Christiansreuther Straße 29
95032 Hof
Telefon-Nr. 09281 / 7864-24 oder 25



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	ihm diese nicht bekannt ist: <input type="checkbox"/>	
Gewünschte Heimaufnahme:			
Kurzzeitpflege:	von:	bis:	
Verhinderungspflege:	von:	bis:	
Vollstationär:	ab:		
Einzelzimmer: <input type="checkbox"/>	Doppelzimmer: <input type="checkbox"/>	beides möglich: <input type="checkbox"/>	
Heimkostenfinanzierung:			
Selbstzahler: <input type="checkbox"/>	Pflegekasse: <input type="checkbox"/>	Beihilfe: <input type="checkbox"/>	Sozialamt: <input type="checkbox"/>
Pflegekasse:			
Name der Pflegekasse:		Sitz der Pflegekasse:	
Krankenversicherungsnummer:			
Pflegegrad ja: <input type="checkbox"/>	wenn ja, welcher:	Pflegegrad nein: <input type="checkbox"/>	Pflegegrad beantragt: <input type="checkbox"/>
Ärzte:			
Hausarzt:		Telefon-Nr.:	
Facharzt:		Telefon-Nr.:	
zuzahlungsbefreit ja: <input type="checkbox"/>		zuzahlungsbefreit nein: <input type="checkbox"/>	
Ansprechpartner:			
Angehöriger:			
Name:	Vorname:	Verwandtschaftsgrad:	
Straße:	PLZ:	Ort:	
Telefon-Nr.:	E-Mail-Adresse:		
Betreuer:			
Name:	Vorname:	Kopie Betreuerausweis:	
Straße:	PLZ:	Ort:	
Telefon-Nr.:	E-Mail-Adresse:	Amtsgericht:	
Bitte Kopie vorlegen, falls vorhanden:			
Patientenverfügung	Vorsorgevollmacht	Bescheid vom Sozialamt	

Ort und Datum

Unterschrift Heimbewohner/in
Angehörige/r / Betreuer/in
Bevollmächtigte/r

Unterschrift aufnehmende/r
Mitarbeiter/in