



Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Haus am Kurpark <input type="checkbox"/> Wohnpark Rohlfshagen	
Tag der Aufnahme:		Ende:
Aufnahme aus:	<input type="checkbox"/> Häuslichkeit <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere Pflegeeinrichtung	
Zimmer:	<input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ <input type="checkbox"/> 3-Bett	Etage / Wohnbereich:
Nachname:		Geburtsname:
Vornamen:		Geburtsort:
Geburtsdatum:		Konfession:
Staatsangehörigkeit:		Familienstand:
Bitte die Adresse des letzten gewöhnlichen Wohnortes angeben:		
Straße, Hausnummer:		PLZ / Ort:
Bundesland / Kreis:		Telefon: -
Kostform:	<input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Schonkost <input type="checkbox"/> Sondenkost (ausschließlich Sondenkost: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)	
Angehörige	Name, Vorname:	
	Wie verwandt?:	
	Straße, Hausnummer:	
	Postleitzahl / Ort:	
	Telefon:	
Rechnungsanschrift:		
<input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> Vollmacht	Kopie der Urkunde:	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Nachname:		Vorname:
Straße, Hausnummer:		Telefon:
Postleitzahl / Ort:		Fax / E-Mail:
Pflegekasse	Name:	Versicherungs-Nr.:
	Straße, Hausnummer:	Telefon:
	Postleitzahl / Ort:	Fax:
	Beihilfeanspruch in Prozent:	Pflegegrad:
Die Kostenübernahme der Pflegekasse für die Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
Hausarzt	Name:	
	Adresse:	
	Telefon:	
Befreiung Rezeptgebühren:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn ja, Kopie beilegen.)	
Wird Sozialhilfe beantragt?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn ja, Datum der Antragsstellung: _____)	
Anschrift des Sozialamtes:		
Soll ein Antrag auf Gewährung von Zuschüssen zu den Investitionsaufwendungen gemäß § 6 Abs. 3 Landespflegegesetz gestellt werden? (nur Schleswig-Holstein, nur KZP, nur ab Pflegegrad 2)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dienstleistungen im Heim: (Voraussetzung ist: Guthaben auf dem Eigengeldkonto)	Friseur: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fußpflege: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wäschenamen bestellen? (100 Namen incl. patchen 61,00 €): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum / Unterschrift Mitarbeiter/-in:		
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechnungslegung erfolgt zu Beginn der Kurzzeit- / Verhinderungspflege per Bankeinzug. Bitte geben Sie beiliegendes Lastschriftformular vor Einzug ausgefüllt und unterschrieben zurück.		
..... Datum / Unterschrift Bewohner/-in / Betreuer/-in / Bevollmächtigte(r)		
Bitte ausgefüllt <u>vor</u> Aufnahme in der Verwaltung abgeben.		