



Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Haus am Kurpark <input type="checkbox"/> Wohnpark Rohlfshagen	Tag der Aufnahme:	
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:	
Straße, Hausnummer: (letzter gewöhnlicher Wohnort)		PLZ / Ort:	
		Bundesland / Kreis:	
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:	Telefax:		
E-Mail-Adresse:			
Krankenkasse Pflegekasse	Name:	Versicherungs-Nr.:	
	Straße, Hausnummer:	Telefon:	
	Postleitzahl/Ort:	Fax:	
	Beihilfeanspruch in Prozent:	Pflegegrad:	
<b>Kopie der Kostenübernahme <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</b>			
Hausarzt	Name, Adresse:		
	Telefon:		
	Arzt ab Heimaufnahme:		
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn ja, Kopie beilegen.)		
Befreiung Rezeptgebühren:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn ja, Kopie beilegen.)		
Behinderten-/Impfausweis / Allergiepass	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn ja, Kopie beilegen.)		
Bestattungsinstitut (Adresse+Tel.-Nr.):			
Soll eine Ummeldung erfolgen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn ja, muss der Personalausweis im Büro vorliegen)		
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	Einkauf von Kosmetikartikeln: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sozialhilfe beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Datum der Antragsstellung: _____		
Name und Adresse Sozialamt:			
Mindestens Pflegegrad 2 (nur Schleswig-Holstein, nicht bei Hauseigentum, Schongrenze 6.900 €, Einkommensgrenze maximal 1.348,47 €)	Soll ein Pflegegeldantrag gestellt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum / Unterschrift Bewohner / Betreuer / Bevollmächtigter:			
Datum / Unterschrift Mitarbeiter/-in:			
Bitte ausgefüllt <u>vor</u> Einzug in der Verwaltung abgeben.			