



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:		Pflegetrad:		
		Kopie der Kostenübernahme <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht			
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 Einkauf von Kosmetikartikeln: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Fußpflege: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wäschenamen werden bestellt und eingepatcht (Preis: 61,- € für 100 Namen)			
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 vor Einzug in der Verwaltung abgeben.					