

Persönliche Daten

Titel:	.....	Nachname:	.....
Vorname:	.....	Geburtsname:	.....
Geburtsdatum:	.....	Geburtsort:	.....
Nationalität:	.....	Familienstand / seit:	.....
Konfession:	.....	

Adresse

Letzte Meldeadresse vor der Heimaufnahme

Straße:	.....	Ort:	.....
Bundesland:	.....	Telefon-Nr.:	.....
Gegenwärtiger Aufenthaltsort:	.....	
.....			

Bankverbindung

Lastschriftzug:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	BIC:	.....
Bank:	.....		IBAN:	.....
Konto-Nr.:	.....		Bankleitzahl:	.....

Biographie

Gründe für die Heimaufnahme

Ehemaliger Beruf:

Angaben zur Bestattung

Liegt ein Vorsorgevertrag vor: nein ja Datum:

Name Bestattungsinstituts:

Friedhof/Ort:

Bestattungsart:

Angehörige

Name, Vorname:	.....	Telefon:	.....
Anschrift:	.....	Mobil:	.....
Verwandtschaftsverhältnis:	.....	Fax/Mail	.....
Name, Vorname:	.....	Telefon:	.....
Anschrift:	.....	Mobil:	.....
Verwandtschaftsverhältnis:	.....	Fax/Mail	.....
Name, Vorname:	.....	Telefon:	.....
Anschrift:	.....	Mobil:	.....
Verwandtschaftsverhältnis::	.....	Fax/Mail	.....

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Seite 2)

Kreis Krankenhaus Prignitz
Seniorenpflegezentrum Perleberg GmbH
Standort Wittenberge
Krausestr. 35, 19322 Wittenberge
Telefon: 0 38 77 / 56 34 9-0

Gesetzliche Betreuung

O nein O ja seit: bis:

Name, Vorname: Telefon:

Anschrift: Mobil:

Amtsgericht: Aktenzeichen:

für:

.....

.....

.....

Betreuung angeregt: O nein O ja Datum:

Gewünschte Unterbringung

Raumtyp: Komfortwunsch:

Krankenkasse

Bezeichnung der Krankenkasse:

Adresse der Krankenkasse:

Mitgliedsnummer:

Befreiungen ja nein

Fahrkosten Sonstiges:

Medikamentenzuzahlungen

Heil- und Hilfsmittel

Rundfunkgebühren

Pflegekasse

Bezeichnung der Pflegekasse:

Adresse der Pflegekasse:

Mitgliedsnummer:

Pflegegrad beantragt durch:

Begutachtung erfolgt(e) am:

Vorhandener Pflegegrad: PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Bestätigung über den bewilligten Pflegegrad bitte beifügen!

Beihilfeberechtigung

Bezeichnung der Beihilfestelle:

Adresse:

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Seite 3)

Kreis Krankenhaus Prignitz
Seniorenpflegezentrum Perleberg GmbH
Standort Wittenberge
Krausestr. 35, 19322 Wittenberge
Telefon: 0 38 77 / 56 34 9-0

Zugangsempfehlung durch: _____

Übernahme des Heimentgelts

- Aus monatlichem Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)
- Zahlungen von Dritten: _____
- Durch das zuständige Sozialamt: _____
- Sozialhilfeantrag erforderlich: _____
- Antrag erfolgt durch: _____

Benennung der behandelnden Ärzte	Adresse	Telefon-Nr.
----------------------------------	---------	-------------

Hausarzt:	_____	_____
Augenarzt:	_____	_____
HNO-Arzt:	_____	_____
Internist:	_____	_____
Zahnarzt:	_____	_____
Sonstiges:	_____	_____

Gewünschter Aufnahmetermin: _____

16. **Ärztliches Zeugnis** für eine durchgeführte Untersuchung bezüglich Lungentuberkulose muss bei Heimaufnahme gemäß § 36 Abs. 4 IfSG vorliegen und darf nicht älter als 4 Wochen sein. ja nein beantragt

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird ausdrücklich versichert. Ich/wir bestätige(n), dass ich/wir diese Selbstauskunft nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig erteilt habe(n).

Ort, Datum

Bewohner(in)

Ort, Datum

Betreuer(in) / Vertreter(in)*

* Nicht zutreffendes bitte streichen.

Verteiler

Original: Bewohner/Angehörige

Kopie: Bewohnerakte