

HAUS KURT PARTZSCH

Zentrum für innovative
rehabilitative Pflege und Betreuung

Aufnahmeformular

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Geschlecht: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____

Nationalität: _____

Kostenträger: _____

Anschrift: _____

Hilfeart: Eingliederungshilfe SGB XII § 53/54
 stationäre Pflege SGB XI/SGB XII § 61
 Kurzzeitpflege
 Teilstationäre Pflege

Kostenverpflichtung Selbstzahler:

ausgehändigt zurück

Rententräger: _____

(Kopie des letzten Rentenbescheides)

Antrag auf Rentenüberleitung: _____

(beim RV-Träger anfordern)

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Mitgliedsnr.: _____

Pflegekasse: _____

Anschrift: _____

Begutachtung: ja / nein

Pflegestufe: _____

Angehörige: _____

BetreuerIn: _____

(Kopie der Bestallungsurkunde)

Aufgabenbereich: Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsbestimmung
 Vermögenssorge Sonstiges

Wir benötigen von Ihnen:

Ärztliches Zeugnis „Frei von ansteckenden Krankheiten“

Ärztliche Unterlagen

Urkunden: Geburtsurkunde-Heiratsurkunde-Scheidungsurkunde-Sterbeurkunde Ehepartner

Von der Einrichtung auszufüllen.

Wohngeldantrag stellen: ja / nein Verwahrgeld: ja / nein

Grundsicherungsantrag stellen: ja / nein HMB-Verfahren: ja / nein

Sondenernährung: ausschließlich zusätzlich zur oralen Ernährung

Gruppe: _____ Zimmer-/Tel.-Nr.: _____

Aufnahme-Nr.: _____