



| | | | |
|----------------------|--|----------------------|--|
| Einrichtung: | <input type="checkbox"/> Haus am Kurpark <input type="checkbox"/> Wohnpark Rohlshagen | | |
| 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: Vollkost Schonkost Sondenkost (ausschließlich Sondenkost: ja 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: |

| | | | | |
|----------------------|--------------------------------|--|--------------------|--|
| Kranken-/Pflegekasse | Name: | | Versicherungs-Nr.: | |
| | Straße, Hausnummer: | | Telefon: | |
| | Postleitzahl / Ort: | | Fax: | |
| | Beihilfeanspruch in Prozent: | | Pflegestufe: | |
| | Zusätzl. Betreuungsleistungen: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn ja, Kopie beilegen.) | | |

| | | |
|----------|----------|--|
| Hausarzt | Name: | |
| | Adresse: | |
| | Telefon: | |

Befreiung Rezeptgebühren: ja nein (Wenn ja, Kopie beilegen.)

Wird Sozialhilfe beantragt?: ja nein (Wenn ja, Datum der Antragsstellung: _____)

Soll ein Antrag auf Gewährung von Zuschüssen zu den Investitionsaufwendungen gemäß § 6 Abs. 3 Landespflegegesetz gestellt werden? (nur Schleswig-Holstein, nur KZP, nur bei Pflegestufe) ja nein

| | | |
|---|--|--|
| Dienstleistungen im Heim: <small>(Voraussetzung ist: Guthaben auf dem Eigengeldkonto)</small> | 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 und verpflichte mich hiermit, die nicht gedeckten Heimkosten durch die Pflegekasse innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungslegung vollständig zu bezahlen. Die Rechnungslegung erfolgt zu Beginn der Kurzzeit- / Verhinderungspflege.

.....
Datum / Unterschrift Bewohner/-in / Betreuer/-in

Bitte ausgefüllt vor Aufnahme in der Verwaltung abgeben.