



Einrichtung:		<input type="checkbox"/> Haus am Kurpark <input type="checkbox"/> Wohnpark Rohlfshagen		Tag der Aufnahme:	
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:		
			Kreis:		
Vor-, Geburts- und Familienname d. Ehepartners: (auch wenn verstorben)					
Datum und Ort der Eheschließung:					
Kostform:		<input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Schonkost <input type="checkbox"/> Sondenkost (ausschließlich Sondenkost: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein)			
Angehörige	Name, Vorname:				
	Wie verwandt?:				
	Straße, Hausnummer:				
	Postleitzahl / Ort:				
	Telefon:				
Rechnungsanschrift:					
<input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> Vollmacht					
Nachname:			Vorname:		
Straße, Hausnummer:			Telefon:		
Postleitzahl:			Ort:		
Kopie der Urkunde:		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht			
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.)		
Kopie der Kostenübernahme:		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht (nur bei privater Versicherung)			
Hausarzt	Name:				
	Adresse:				
	Telefon:				
	Arzt ab Heimaufnahme:				
Befreiung Rezeptgebühren:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn ja, Kopie beilegen.)			
Impfausweis / Allergiepass		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn ja, Kopie beilegen.)			
Behindertenausweis:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn ja, Kopie beilegen.)			
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)			
Wurde / Wird Sozialhilfe beantragt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, Datum der Antragstellung:)			
(nur bei Vorliegen einer Pflegestufe) (nur Schleswig-Holstein, nicht bei Hauseigentum, Schongrenze 6.900 €, Einkommensgrenze maximal 1.331,78 €)		Soll ein Pflegegeldantrag gestellt werden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Unterschrift Bewohner / Betreuer:					
Datum / Unterschrift Mitarbeiter/-in:					
Bitte ausgefüllt <u>vor</u> Einzug in der Verwaltung abgeben.					