

ANMELDUNG ZUR AUFNAHME IM SENIORENZENTRUM 360°

| | |
|---|---|
| Bewohnerbezogene Daten | |
| Vor- und Zuname (ggf. Geburtsname) | |
| Adresse | |
| Geburtsdatum und Geburtsort | |
| Familienstand | |
| Konfession | |
| Staatsangehörigkeit | |
| Vorheriger Aufenthalt: | <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> andere Einrichtung <input type="checkbox"/> Krankenhaus |
| Angehörige | <p>a) Name: Straße: PLZ und Ort: Telefon: Verwandtschaftsverhältnis: E-Mail:</p> <p>b) Name: Straße: PLZ und Ort: Telefon: Verwandtschaftsverhältnis: E-Mail:</p> |
| Gesetzlicher Betreuer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vorsorgebevollmächtigter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Name: Straße: PLZ und Ort: Telefon: Wirkungskreis: |
| Hausarzt: | Name: Straße: PLZ und Ort: Telefon: |
| Hausarztwechsel: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welcher: |

| | |
|---|--|
| Bewohnerbezogene Daten | |
| | |
| Pflegekasse: | |
| Versichertennummer: | |
| Pflegegrad: | Seit: |
| Gewünschte Unterbringung: | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer |
| Wunschdatum zur Aufnahme: | |
| Kostenträger: Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Höhe der Rente (ungefähr): | |

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers/ des Anwesenden

Folgendes wird zur Aufnahme benötigt:

- Arztbrief
- Pflegeüberleitung
- Ggf. Pflegewohnberatung der Stadt Ratingen
- Bescheinigung der Pflegekasse über einen Pflegegrad
- § 43b Antrag/ Bestätigung
- 500-900€ Vorauszahlung bei Kurzzeitpflege, je nach Aufenthaltsdauer
- Antrag auf vollstationäre Pflege oder KZP bei der Krankenkasse
- Meldung beim Sozialamt
- Bankeinzugsermächtigung
- Beerdigungskosten
- Befreiungsausweis der Krankenkasse (wenn vorhanden)
- Kopien von:
 - Personalausweis und ggf. Schwerbehindertenausweis
 - Gesundheitskarte
 - Vorsorgevollmacht und/oder Patientenverfügung