



Eintritt:.....

Austritt:.....

Aufnahmeantrag - Kurzzeitpflege
für das Alten- und Pflegeheim – **Haus St. Martin** - Pfeffenhausen

Vor- und Zuname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Konfession: _____

Familienstand: _____

früherer Beruf: _____

Hausarzt: Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ **Hausbesuch KZP:** Ja Nein

Krankenkasse: _____

Versicherten - Nr.: _____

Medikamentenbefreiung: Ja Nein

Pflegestufe: _____ stationär ambulant

Bescheid der Pflegekasse vorlegen !

Kostenträger: Selbstzahler Sozialhilfe

Amtliche Betreuung: Ja - Bescheid vorlegen ! Nein

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ **Angelegenheiten:** _____

Vorsorgevollmacht: : Ja (Vorlegen !) Nein

Gewünschter Einzugstermin:.....

Gewünschte Wohnmöglichkeit: 1-Bett-Zimmer

Angehörige Beziehung: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Angehörige Beziehung: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Urlaubsanschrift: _____

Telefon: _____

Entlassungstermin: _____

Entlassungsanschrift: _____

Rücktransport: Angehörige: _____

Krankentransport: _____

Datum / Uhrzeit: _____

Bitte beachten:

- Vorhandene Medikamente und Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl uns.) bitte mitbringen !
- Inkontinenzartikel sind ausreichend für die Zeit des Aufenthaltes mitzubringen !
- Wäsche kann für die Kurzzeitpflege nicht im Haus gewaschen werden, bringen Sie bitte genügend Bekleidung für die Zeit des Aufenthaltes mit.
- Handtücher und Waschlappen für die Kurzzeitpflege bitte **nicht** mitbringen !
- Gesundheitskarte mitbringen !

Ort, Datum

Unterschrift