

**Anmeldung für den Senioren-Park in**

<input type="checkbox"/> <b>Betreutes Wohnen</b> Gewünschte Wohnungsgröße: _____ Gewünschtes Einzugsdatum: _____
---

<input type="checkbox"/> <b>Vollstationäre Pflege</b> Gewünschter Aufnahmetermin: _____ <input type="checkbox"/> <b>Kurzzeitpflege</b> von: _____ bis: _____ Unterbringungswunsch: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
--

<input type="checkbox"/> <b>Ambulante Pflege</b> ab _____
---

<input type="checkbox"/> <b>Tagespflege</b> ab: _____ <input type="checkbox"/> Fahrdienst erforderlich Wochentage: _____
---

<input type="checkbox"/> <b>Ambulant Betreute Wohngemeinschaft</b> ab: _____
---

**1. Kunde:**

Name:	Vorname:
Geburtsname:	
Adresse:	
Abweichender Aufenthaltsort (z.B. Krankenhaus):	
Telefon:	
Email:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden	
Konfession:	Staatsangehörigkeit:

**2. Erste Ansprechpartner:**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Verwandtschaftsgrad: <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger		
<input type="checkbox"/> Kopie der Betreuungsurkunde / Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
Adresse:		
Telefon:		
Email:		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Verwandtschaftsgrad: <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger		
<input type="checkbox"/> Kopie der Betreuungsurkunde / Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
Adresse:		
Telefon:		
Email:		


- Patientenverfügung
- Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen
- Schwerbehindertenausweis
- Zuzahlungsbefreiung
- Nachweis Haftpflichtversicherung
- 
- 

**3. Kranken- / Pflegeversicherung:**

Name / Adresse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Beihilfe berechtigt

<b>Kapitel</b> <b>03.01.03</b>	<b>Qualitätsmanagement-Handbuch</b> <b>Geltungsbereich:</b> Senioren-Park carpe diem und Trägergesellschaften	 <b>carpe diem®</b>
-----------------------------------	---	--

*Pflegegrad:*

1    2    3    4    5

Pflegegrad beantragt   Datum:    Eilantrag durch Krankenhaus / Reha

Antrag auf Leistungen der vollstationären, Kurzzeit- oder Verhinderungspflege gestellt

#### 4. Ärztliche Versorgung

<b>Hausarzt:</b>
Adresse:
Telefon:
Fax:
<b>Facharzt:</b>
Adresse:
Telefon:
Fax:
<b>Facharzt:</b>
Adresse:
Telefon:
Fax:

Freigabe durch: GL	bearbeitet von:	Änderungsstatus	Datum	
carpe diem GBS mbH	ZQM	7	Juli 2019	Seite 3 von 5

### 5. Ergänzende Dienstleistungen

*Nur auszufüllen bei Betreutem Wohnen, Ambulanter Pflege oder Tagespflege.*

- |                                      |  |                                     |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menüservice | <input type="checkbox"/> Wäscheservice | <input type="checkbox"/> Hausnotruf |
| <input type="checkbox"/> _____       | <input type="checkbox"/> _____         | <input type="checkbox"/> _____      |

### 6. Einkommen


*Nur auszufüllen bei vollstationärer und Kurzzeitpflege sowie Betreutem Wohnen!*

	Einkommensart	Zahlende Stelle	Betrag
a			
b			
c			

*Angaben zum Kostenträger:*

Die Kosten werden aufgebracht durch:

- das oben aufgeführte Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen
- Zahlung durch: \_\_\_\_\_
- das zuständige Sozialamt in \_\_\_\_\_
  - Sozialhilfe beantragt
  - Wohngeld beantragt
- Sonstige Kostenträger: \_\_\_\_\_

<b>Kapitel</b> <b>03.01.03</b>	<b>Qualitätsmanagement-Handbuch</b> <b>Geltungsbereich:</b> Senioren-Park carpe diem und Trägersgesellschaften	 <b>carpe diem®</b>
-----------------------------------	--	--

**7. Empfehlung:**

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Die Angaben dieses Aufnahmeantrages sind – bis auf Widerruf – verbindlich und entsprechen den Tatsachen. Durch diese Anmeldung entstehen Ihnen keine Kosten.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Kunden

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Betreuers / Bevollmächtigten

Bitte überzeugen Sie sich vor Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind. Diese Anmeldung ist unverbindlich.

<b>Interne Vermerke:</b>	
Aufnahme / Einzug möglich?	
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Geplantes Datum:	
Wohnungs- / Zimmernummer:	
Handzeichen PDL:	

Freigabe durch: GL	bearbeitet von:	Änderungsstatus	Datum	
carpe diem GBS mbH	ZQM	7	Juli 2019	Seite 5 von 5