

Anmeldung für den Senioren-Park in

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

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


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

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

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulant Betreute Wohngemeinschaft 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: |

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Kapitel 03.01.03 | Qualitätsmanagement-Handbuch Geltungsbereich: Senioren-Park carpe diem und Trägergesellschaften |  carpe diem® |
|-----------------------------------|---|--|

3. Kranken- / Pflegeversicherung:

Name / Adresse: _____

Versichertennummer: _____

Beihilfe berechtigt

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

| |
|------------------|
| Hausarzt: |
| Adresse: |
| Telefon: |
| Fax: |
| |
| Facharzt: |
| Adresse: |
| Telefon: |
| Fax: |
| |
| Facharzt: |
| Adresse: |
| Telefon: |

| | | | | |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------|---------------|
| Freigabe durch: GL | bearbeitet von: | Änderungsstatus | Datum | |
| carpe diem GBS mbH | ZQM | 9 | Juni 2022 | Seite 3 von 5 |

Fax: _____

5. Ergänzende Dienstleistungen

Nur auszufüllen bei Betreutem Wohnen, Ambulanter Pflege oder Tagespflege.

- Menüservice
 Wäscheservice
 Hausnotruf

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:

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Kapitel 03.01.03 | Qualitätsmanagement-Handbuch Geltungsbereich: Senioren-Park carpe diem und Trärgesellschaften |  carpe diem® |
|-----------------------------------|---|--|

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.

| | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Interne Vermerke: | |
| 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 | 9 | Juni 2022 | Seite 5 von 5 |