



SCHLOSSPLATZ 10 78669 WELLENDINGEN	W.W.Pflege e.K. Pflegehaus am Schloss	
Dokument FOR-4.2.1-4_002	Titel: Unverbindliche Reservierungsanfrage	gültig ab: 06.11.2015
Autor: CB	Verteiler: QMB: Original	Kopie: Alle Ersetzt SÖP vom: 15.09.2012

Unverbindliche Reservierungsanfrage

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden! Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Zuname (Familiename, bei Frauen bitte auch Geburtsnamen angeben)		
Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen)		
Wohnung (Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	PLZ, Wohnsitz, Gemeinde	Straße, Hausnummer
	Am:	In:
Geburtsdaten (beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat angeben)		
Familienstand		
Konfession		
Staatsangehörigkeit		
Angehörige (Name, Verwandtschaftsgrad, Adresse, Tel.) <i>Falls keine Angehörige vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!</i>	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
voraussichtliches Einzugsdatum (Belegungsdatum)		
Betreuer (Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen, Vor- und Zuname, Adresse angeben)	Name des Betreuers	Anschrift
Pflegekasse		

Dokument FOR-4.2.1-4_002	Erstellt/Datum 06.11.2015/KEB	Geprüft/Datum 06.11.2015/CB	Genehmigt/Datum 06.11.2015/SS
-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

SCHLOSSPLATZ 10 78669 WELLENDINGEN	W.W.Pflege e.K. Pflegehaus am Schloss	
Dokument FOR-4.2.1-4_002	Titel: Unverbindliche Reservierungsanfrage	gültig ab: 06.11.2015
Autor: CB	Verteiler: QMB: Original	Kopie: Alle Ersetzt SOP vom: 15.09.2012

Pflegestufe vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja wenn ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> Nein											
Angaben zum Kranken-Versicherungsverhältnis (gesetzlich/privat)												
Zuzahlungsbefreit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein										
Hausarzt (Name und Anschrift)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Name des Hausarztes</td> <td style="width: 50%;">Anschrift</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Übernimmt dieser auch die Betreuung im Pflegehaus?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Wenn „Nein“; welchen Arzt bevorzugen Sie?</td> </tr> <tr> <td>Name des Hausarztes</td> <td>Anschrift</td> </tr> </table>		Name des Hausarztes	Anschrift	Übernimmt dieser auch die Betreuung im Pflegehaus?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn „Nein“; welchen Arzt bevorzugen Sie?		Name des Hausarztes	Anschrift
Name des Hausarztes	Anschrift											
Übernimmt dieser auch die Betreuung im Pflegehaus?												
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein											
Wenn „Nein“; welchen Arzt bevorzugen Sie?												
Name des Hausarztes	Anschrift											
Diät notwendig (Welche? Warum?)												
Wer stellt diesen Antrag?	<input type="checkbox"/> Zukünftiger Bewohner selbst <input type="checkbox"/> Angehörige, gesetzl. Betreuer, etc. (bitte unten Adresse eintragen)? Sind Sie hierfür bevollmächtigt?											
	Name des Antragstellers	Adresse										
		Bevollmächtigung vorhanden ja/nein										
Wer trägt die Kosten des Heimaufenthalts? (z.B. Selbstzahler, Pflegekasse)												

Dieser Antrag ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.
Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind

Datum / Unterschrift der Antragstellers

Datum/ Unterschrift des Aufzunehmenden
(falls nicht Personengleichheit)

Dokument FOR-4.2.1-4_002	Erstellt/Datum 06.11.2015/KEB	Geprüft/Datum 06.11.2015/CB	Genehmigt/Datum 06.11.2015/SS
-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------