

Qualitätsmanagement FB 02-011	Anmeldung zur Heimaufnahme	 SENIORENZENTRUM ALTE STADTGÄRTNEREI LÜNEBURG
--	-----------------------------------	---

Datum: _____

Kurzzeitpflege Vollstationär Beihilfeanspruch

Termin der Heimaufnahme:

1. Name, Vorname, geb.:
.....

2. Anschrift (Telefon):
.....

3. Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus oder sonstige Adresse angeben):
.....

4. Pflegegrad: 2 3 4 5 seit:

Einstufung beantragt am:

5. Pflegebesonderheiten / Diagnosen (aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht):
.....

6. Wer stellt diesen Antrag in welcher Eigenschaft? Name, Vorname, Telefon, E-Mail-Adresse:
.....
.....

Wir bitten Sie, uns innerhalb von 3 Monaten eine Rückmeldung zu geben, ob der Bedarf weiterhin besteht. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir die Anmeldungen, die außerhalb der 3 Monatsfrist liegen, aus organisatorischen Gründen, sonst nicht berücksichtigen können!

Ort, Datum

Unterschrift Aufzunehmender oder Antragsteller

Bedarf weiterhin aktuell: JA NEIN

Datum:

Handzeichen:

Erstellt Bearbeiterin / Datum	Geprüft QB / Datum	Freigegeben HL / Datum	Version: 2
S. Erdogan 24.01.2019	S. Erdogan 24.01.2019	T. König / 24.01.2019	Seite 1 von 1