

O Heiligen-Geist-Stift gGmbH
Waldstraße 9
29525 Uelzen
Tel.: 0581-971571-0
Fax: 0581-30706

O Wichern-Haus Uelzen gGmbH
Niendorfer Straße 55
29525 Uelzen
Tel.: 0581-97120-0
Fax: 0581-97120222



**Heiligen Geist
Stiftung zu Uelzen**
Im Dienst am Nächsten seit 1321

Anmeldung für den Einzug am _____

Name (Geburtsname) _____
Vorname _____
Geburtsdatum/-ort _____
Familienstand _____
Staatsangehörigkeit _____
Derzeitiger Wohnort _____
Telefon _____

Angehörige / Ansprechpartner

1. Name _____
Anschrift _____
Telefon _____
Email _____
Wie verwandt _____
2. Name _____
Anschrift _____
Telefon _____
Email _____
Wie verwandt _____
3. Name _____
Anschrift _____
Telefon _____
Email _____
Wie verwandt _____
4. Name _____
Anschrift _____
Telefon _____

Email _____

Wie verwandt _____

Ist eine Vollmacht erteilt?

Ja Nein

Name des Bevollmächtigten _____

(Kopie der Vollmacht bitte beifügen)

Gibt es einen Betreuer?

Ja Nein

Name des Bevollmächtigten _____

(Kopie des Beschlusses vom Amtsgericht o. Betreuerausweis bitte beifügen)

Liegt eine Patientenverfügung vor? Ja (bitte Kopie beilegen) Nein

Voraussichtliches Bestattungsinstitut _____

Wer bekommt die eingehende Post?

Bitte persönlich aushändigen

An meinen Bevollmächtigten/Betreuer senden

Sonstiges _____

Vorgesehene Unterbringung

Kurzzeitpflege (max. 28 Tage/Jahr)

Verhinderungspflege (max. 28 Tage/Jahr + Voraussetzung: Pflegestufe ist mind. ½ Jahr vorhanden)

Hinweis:

Verlassen Sie als Kurzzeit-/Verhinderungspflegegast unser Haus aufgrund eines Krankenhaus-aufenthaltes von mehr als einem Tag, endet der Vertrag. Auf Wunsch reservieren wir Ihnen gern das Zimmer bis zu Ihrer Rückkehr aus dem Krankenhaus. Die verbleibenden der max. 28 Tage können dann anschließend in Anspruch genommen werden. Bei Reservierung berechnen wir Ihnen eine Freihaltegebühr in Höhe von 25,00 Euro täglich.

Gewünscht

Nicht Gewünscht

Stationäre Pflege

Kranken- bzw. Pflegekasse _____

Versichertennummer _____

Pflegegrad vorhanden Ja, Stufe _____ Nein

Einstufung beantragt Ja, am _____ Nein

Besteht ein zusätzlicher Betreuungsbedarf Ja Nein
Zuzahlungsbefreiung Ja (bitte Kopie beilegen) Nein
Schwerbehindertenausweis Ja (bitte Kopie beilegen) Nein

Bisheriger Hausarzt

Name _____
Anschrift _____
Telefon _____

Der bisherige Hausarzt übernimmt weiterhin die Behandlung Ja Nein

Gewünschter / neuer Hausarzt _____

Hinweis: Die Medikamentenversorgung erfolgt durch unsere Hausapotheke.

Wird Inkontinenzmaterial benötigt?

Nein Ja, Material wird selbst besorgt
 Ja, Material soll von der Pflegeeinrichtung gestellt werden

Während des Aufenthaltes einer Kurzzeit- u. Verhinderungspflege ist das Inkontinenzmaterial durch den Bewohner selbst bereitzustellen. Gern bieten wir Ihnen das Material aus unserem Haus für eine Pauschale in Höhe von 33,00 Euro an.

Möchten Sie ein seniorenrechtliches Telefon für 15,00 Euro pro Monat nutzen?

Ja (Nähere Informationen erhalten Sie in der Verwaltung) Nein

Ist eine private Haftpflichtversicherung vorhanden?

Ja, bei der _____Vers.-Nr. _____ Nein

Sonstige Bemerkungen / Diagnosen

Zahlung der monatlichen Heimkosten

durch eigenes Einkommen oder Vermögen
 durch Sozialhilfe (Zuständiges Sozialamt _____)
 Sozialhilfe-Antrag wird noch gestellt
Die Heimkostenrechnung soll geschickt werden an _____



Kurzzeitpflege ohne Pflegestufe

Sie haben noch keine Pflegegrad und möchten trotzdem Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen?

Kein Problem, Sie erhalten von uns einen Vertrag für vollstationäre Pflege, können diesen aber jederzeit mit einer Frist von 7 Tagen kündigen. Es wird von einem Pflegebedarf nach Grad 2 ausgegangen, entsprechend erfolgt dann die Berechnung des Heimentgeltes. Stellt die Pflegekasse rückwirkend einen Pflegegrad fest, erstatten wir Ihnen die zu viel geleisteten Zahlungen.

_____, den _____
(Ort / Datum)

(Unterschrift des Bewohners / Bevollmächtigten)