



DEUTSCHER
ORDEN
ORDENSWERKE

Case-Management (Vor Aufnahme)

Checkliste
Case-Management
Haus St. Raphael

Aufnahmeantrag Kurzzeitpflege

Vor- und Nachname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

PLZ, Wohnort: _____

Straße: _____

Telefon: _____

derzeitiger Aufenthalt: _____

Familienstand: _____ Religion: _____ Nationalität: _____

Pflegebedürftigkeit festgestellt: Pflegegrad: (Bitte Bescheid beifügen)

..... noch nicht beantragt

..... beantragt, Bearbeitung läuft.

Krankenkasse /
Pflegekasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Rechnungsempfänger: Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____



DEUTSCHER
ORDEN
ORDENSWERKE

Case-Management (Vor Aufnahme)

Checkliste
Case-Management
Haus St. Raphael

Sepa

Lastschriftmandat: Kontoinhaber: _____
Kreditinstitut: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Liegt eine Beihilfeberechtigung vor? (Bitte Bescheid mit zufügen)

ja nein

Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor? (Bitte Bescheid mit zufügen)

ja nein

Liegt eine Schwerbehinderung vor? (Bitte Ausweis mit zufügen)

ja nein

Wenn ja wieviel Grad:

Besteht ein Anspruch auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge?

ja nein

Kontakte / Ansprechpartner

1. Hauptansprechpartner

Name: _____

Verwandschafts-/
Verhältnisgrad: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____



Case-Management
(Vor Aufnahme)

Checkliste
Case-Management
Haus St. Raphael

2. Angehörige

Name: _____

Verwandschafts-/
Verhältnisgrad: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Betreuung oder Bevollmächtigung:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ist eine Vorsorgevollmacht vorhanden? ja nein (wenn ja, bitte beifügen)

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? ja nein (wenn ja, bitte beifügen)

Umfang der Betreuung: _____

Hausarzt: Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____



DEUTSCHER
ORDEN
ORDENSWERKE

Case-Management (Vor Aufnahme)

Checkliste
Case-Management
Haus St. Raphael

Fachärzte Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Fachärzte Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Fachärzte Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Für Bewohner der Kurzzeitpflege:

Haben Sie in diesem Jahr bereits die Leistungen einer Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?

ja nein

Wenn ja, wie viele Tage? _____

Informieren Sie Ihre Pflegekasse und legen Sie uns bitte den Bewilligungsbescheid vor, damit wir mit der Kasse abrechnen können. Informieren Sie uns bitte bei rückwirkenden Einstufungen oder Änderungen des angegebenen Pflegegrad.

Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer egal

Gewünschter Termin bei Kurzzeitpflege:

von _____ bis _____

Inkontinenzbescheinigung ja nein

Kostenträger: Selbstzahler ja nein

Wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder beantragt?
 ja nein

Wenn ja welches Sozialamt:



DEUTSCHER
ORDEN
ORDENSWERKE

Case-Management
(Vor Aufnahme)

Checkliste
Case-Management
Haus St. Raphael

Sonstige Bemerkungen/Wünsche:

Ort/Datum:

Unterschrift Bewohner:

oder

**Unterschrift Betreuer /
Bevollmächtigter:**

Einrichtungsinterne Mitteilung (wird vom Case-Management ausgefüllt):

Datum des Einzuges: _____

Geplanter Wohnbereich: _____ Zimmernummer: _____

Bemerkung: _____

Genehmigt vom Case-Management: ja nein

Unterschrift/Stempel