



|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>Pflegezentrum am Moritzplatz</b><br>Umfassungsstr. 5, 39124 Magdeburg<br>Tel.: 0391 – 289233-0<br>Fax: 0391 – 289233-9<br>Mail: info@pflegezentrum-moritzplatz.de | Ein Unternehmen der<br> |
|---|--|--|

## Anmeldung zur Heimaufnahme

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <input type="checkbox"/> dringend   | <input type="checkbox"/> vorsorglich           |
|  | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege   | <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege |
|  | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege mit anschließender vollstationärer Pflege |  |



|                        |   |                                     |
|------------------------|---|-------------------------------------|
| derzeitiger Aufenthalt | <input type="checkbox"/> Krankenhaus    | <input type="checkbox"/> Pflegeheim |
|                        | <input type="checkbox"/> eigene Wohnung | <input type="checkbox"/>            |

|                          |   |                                       |
|--------------------------|---|---------------------------------------|
| gewünschte Unterbringung | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer             | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer |
|                          | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer vorstellbar |                                       |

## Angaben zur Person des Aufzunehmenden

|                        |  |
|------------------------|--|
| gewünschter Einzug am: |  |
|------------------------|--|

|                       |  |                               |                                    |
|-----------------------|--|-------------------------------|------------------------------------|
| Name                  |  |                               |                                    |
| Geburtsname           |  |                               |                                    |
| Vorname(n)            |  |                               |                                    |
| Geburtsdatum          |  | Geb.-Ort                      |                                    |
| Konfession            |  |                               |                                    |
| Staatsangehörigkeit   |  |                               |                                    |
| Familienstand         |  |                               |                                    |
| Anschrift             |  |                               |                                    |
| Krankenkasse          |  |                               |                                    |
| Versicherungsnummer   |  |                               |                                    |
| Zuzahlungsbefreiung   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> beantragt |
| Pflegegrad            | <input type="checkbox"/> beantragt   |                               |                                    |
|                       | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |                               |                                    |
| Patientenverfügung    | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                    |
| Vorsorgevollmacht     | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                    |
| Gesetzlicher Betreuer | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                    |

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>Pflegezentrum am Moritzplatz</b><br>Umfassungsstr. 5, 39124 Magdeburg<br>Tel.: 0391 – 289233-0<br>Fax: 0391 – 289233-9<br>Mail: info@pflegezentrum-moritzplatz.de | Ein Unternehmen der<br> |
|---|--|--|

### Heimkosten werden aufgebracht durch:

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> eigenes Einkommen | <input type="checkbox"/> Beratung gewünscht |
|--|---|

### Angehörige/ sonstige Kontaktpersonen

|                                    |   |  |
|------------------------------------|---|--|
| 1. Name, Vorname                   |   |  |
| Anschrift                          |   |  |
| Telefon                            |   |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter | <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer |
| Verwandtschaftsgrad oder sonstiges |   |  |
| E-Mail                             |   |  |
| Rechnung per Mail                  | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> nein                  |

|                                    |   |  |
|------------------------------------|---|--|
| 2. Name, Vorname                   |   |  |
| Anschrift                          |   |  |
| Telefon                            |   |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter | <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer |
| Verwandtschaftsgrad oder sonstiges |   |  |
| E-Mail                             |   |  |
| Rechnung per Mail                  | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> nein                  |

### Hausarzt

|                           |  |     |
|---------------------------|--|-----|
| Name, Vorname             |  |     |
| Anschrift                 |  |     |
| Telefon                   |  | Fax |
| E-Mail                    |  |     |
| <b>weitere Fachärzte:</b> |  |     |
|                           |  |     |
|                           |  |     |

Ort, Datum

Unterschrift