

Eingangsstempel

Ahrensbergstraße 21/23

34131 Kassel

Telefon: 0561-9329-0

FAX: 0561-9329-110

Mail: verwaltung@kassel-gesundbrunnen.org

Allgemeines:

Einzug gewünscht in:

vollstationäre Pflege ♦ Kurzzeitpflege ♦ Tagespflege

Doppelzimmer ♦ Einzelzimmer / Einzelappartement

Vorsorgliche Anmeldung ♦ Dringende Aufnahme gewünscht

Grund: _____

Aufnahme gewünscht ab: _____

Gewünschter Termin für Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege: von _____ bis: _____

Persönliche Informationen:

Name _____

Ehemaliger Beruf _____

Geburtsname _____

Familienstand _____

Vorname _____

Ehegatte: _____
Name und Geb. Datum (Auch wenn verstorben)

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Geburtsort _____

Kinder _____
Zahl, Namen

Aktuelle Anschrift _____

Telefon _____

Konfession _____

Zuständige _____

Kirchengemeinde _____

Staatsangehörigkeit _____

Pflegebedürftigkeit:

Pflegegrad _____ seit _____
Wir bitten um eine Kopie des Bescheides!

Kranken- / Pflegekasse (Anschrift und Tel.) _____

Hausarzt: (Anschrift und Tel.) _____

Die nächsten Angehörigen / der amtlich bestellte Betreuer:

1) _____
Name, Vorname

- Ehepartner ♦ Tochter / Sohn ♦ Enkelin / Enkel
 Sonstige: _____
 Amtl. bestellt BetreuerIn

Adresse (ggf. Urlaubsanschrift)

Telefon:

Mobil:

Email:

2) _____
Name, Vorname

- Ehepartner ♦ Tochter / Sohn ♦ Enkelin / Enkel
 Sonstige: _____
 Amtl. bestellt BetreuerIn

Adresse

Telefon:

Mobil:

Email:

Aufnahme-Erklärung

Diese Anmeldung ist unverbindlich und stellt keine Garantie auf einen Einzug dar. Ich wurde darüber informiert, dass nach Ablauf von 6 Monaten nach Eingang des Antrages, ohne weitere Rückmeldung (z.B. telefonisch, schriftlich), der Antrag erlischt.

Datum

Name, Vorname:

**Unterschrift
Antragsteller/in**

Kostenübernahme-Erklärung

Ich erkläre, dass ich die Aufenthaltskosten bezahle, soweit sie nicht von dem von mir genannten Kostenträger (*siehe Finanzen*) übernommen werden. Ich wurde über den Leistungskatalog und die anfallenden Aufenthaltskosten umfangreich und ausreichend informiert.

Bitte vollständig ausfüllen!

Name

Verhältnis zur Interessentin / zum Interessenten:

Anschrift

- Interessent/in Ehepartner
 Tochter / Sohn Enkelin / Enkel
 Amtlich bestellte BetreuerIn

Telefon

Datum

Unterschrift

Finanzen:

Aktuelles monatliches Einkommen:

a) _____ / _____ €
Art des Einkommens Zahlende Stelle Betrag

b) _____ / _____ €

c) _____ / _____ €

Die Aufenthaltskosten werden aufgebracht durch:

mich selbst und/oder das Sozialamt in _____

und/oder von _____

Bitte füllen Sie unbedingt die Kostenübernahme-Erklärung aus!