



Rudolf-Frieling-Haus
BETREUUNG UND PFLEGE IM ALTER
gGmbH

Qualitätshandbuch

Version 1.0

Dokument
Anmeldung zur Heimaufnahme

Rudolf Frieling Haus gGmbH
Wachbergstraße 6
01326 Dresden

Antragsteller

Name:		Geburtsname:	
Vorname:			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Anschrift:			
Derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus/Heim etc.):			
Familienstand:			
Konfession:		Staatsangehörigkeit:	

Angehörige:

Name:		Vorname:	
Verwandtschaftsverhältnis:			
Anschrift:			
Telefonnummer:			
Ist Ansprechpartner für den Aufenthalt?		Ist Rechnungsempfänger?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Angehörige:

Name:		Vorname:	
Verwandtschaftsverhältnis:			
Anschrift:			
Telefonnummer:			
Ist Ansprechpartner für den Aufenthalt?		Ist Rechnungsempfänger?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Betreuer:

Name:		Vorname:	
Anschrift:			
Telefonnummer:			

Erstellung		Prüfung		Freigabe		Dokumentinformation	
Datum	23.09.2020	Datum	25.09.2020	Datum	28.09.2020		
Name	QMB	Name	PDL	Name	M. Hirschfeld	Seite	1 von 2

 Rudolf-Frieling-Haus BETREUUNG UND PFLEGE IM ALTER gGmbH	Qualitätshandbuch	Version 1.0	
	Dokument Anmeldung zur Heimaufnahme	Rudolf Frieling Haus gGmbH Wachbergstraße 6 01326 Dresden	

Unterbringung:

Gewünschter Termin / Zeitpunkt des Einzuges?

Gewünschtes Zimmer: Einzelzimmer Doppelzimmer

Interessent / Bewerber:

Krankenkasse (Name + Vers. Nr.)				
Pflegekasse (Name + Vers. Nr.)				
Pflegegrad lt. Bescheid	<input type="checkbox"/> PG 2	<input type="checkbox"/> PG 3	<input type="checkbox"/> PG 4	<input type="checkbox"/> PG 5
Antrag auf vollst. Pflege wurde gestellt am:				
Antrag auf vollst. Pflege wurde gestellt bei:				
Bewilligung der Kostenübernahme liegt schriftlich vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

Monatliches Einkommen: (aktueller Stand - letzter Bescheid)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in €

Kostenträger

Die Heimkosten werden aufgebracht durch: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

das oben aufgeführte monatliche Einkommen

Zuzahlung aus dem Barvermögen

Zahlung von: _____

das zuständige Sozialamt

Hausarzt:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Der vom Arzt ausgefüllte Ärztliche Fragebogen: liegt bei wird nachgereicht

Datum: _____

Unterschrift: _____

Erstellung		Prüfung		Freigabe		Dokumentinformation	
Datum	23.09.2020	Datum	25.09.2020	Datum	28.09.2020		
Name	QMB	Name	PDL	Name	M. Hirschfeld	Seite	2 von 2