

Formular zum Vertragsabschluss

<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	ab	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	von bis	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer
Tagespflege	ab:	
<input type="checkbox"/> Augustinushaus	Wochentage: <input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Die. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr.	
<input type="checkbox"/> Memory Zentrum Tagespflege	Fahrdienst: <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Taxi	
<input type="checkbox"/> Theresien-Tagespflege		

Personendaten (Bewohner/Gast)

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geburtsname:	Familienstand:
Staatsangehörigkeit:	Konfession:
Adresse:	
Telefon / Handy / E-Mail:	

Aktueller Pflegegrad:	Einstufungsantrag am: Höherstufungsantrag am:
Kranken- /Pflegeversicherung:	Versicherungsnummer:
Befreiung von der Zuzahlung ab:	<input type="checkbox"/> Arztbrief liegt vor <input type="checkbox"/> Pflegegutachten liegt vor <input type="checkbox"/> Pflegeüberleitung liegt vor

Daten der bevollmächtigten Person / des gesetzlichen Betreuers

Name:	<input type="checkbox"/> Bestellungsurkunde liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Patientenverfügung liegt vor <input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorge besteht
Vorname:	
Beziehung / Verwandtschaftsgrad:	
Adresse:	
Post- / Rechnungsadresse:	
Telefon / Handy / E-Mail:	

Finanzierung bei vollstationärer Versorgung

Rentenhöhe:	Antrag Rentenüberleitung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Gestellt am:
Weitere Renten:	Beihilfeanspruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kostenübernahme	<input type="checkbox"/> aus Einkommen und Vermögen <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Antrag Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Antrag Pflegewohngeld
Wenn ein Antrag zu stellen ist, muss vor Vertragsabschluss die Heimnotwendigkeit durch das Sozialamt bestätigt werden.	Heimnotwendigkeit bestätigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wichtigste Bezugsperson

Name:	Vorname:
Adresse:	
Telefon / Handy / E-Mail:	

Hausarzt

Name:	Vorname:
Adresse:	
Telefon / Handy / E-Mail:	

Facharzt

Fach:	Name, Vorname:
Adresse:	
Telefon / Handy / E-Mail:	

Facharzt

Fach:	Name, Vorname:
Adresse:	
Telefon / Handy / E-Mail:	

Bei Tagespflegegästen: Ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bescheinigung gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz liegt vor:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere wichtige Informationen

z. B. spezieller Pflegebedarf, Allergien/Unverträglichkeiten, Infektionskrankheiten

Beratungshinweis

Ich wurde über den Inhalt des Vertrages umfassend informiert. Die Ausstattung des Hauses, die Leistungen, insbesondere Art, Inhalt und Umfang der Unterkunft, Verpflegung, Pflege und Betreuung und die dafür entfallenden Entgelte wurden mir mitgeteilt. Ein Musterexemplar des Vertrages und das Informationsblatt gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz wurden mir ausgehändigt. Ich habe dieses Formular sorgfältig und wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Ort

Datum

Unterschrift Bewohner/Gast

Ort

Datum

Unterschrift rechtlicher Betreuer oder
Bevollmächtigter

Ort

Datum

Unterschrift Einrichtungsvertreter