

Aufnahmeantrag

- Zur Aufnahme auf die Warteliste -

Seniorenheim Lüner Hof

(Alten- und Pflegeheim) e.V.

Tel.: 04131-38888

Fax: 04131-38889

E-Mail: info@luenerhof.de

Internet: www.luenerhof.de

Vor- und Zuname		Geb. Name	
PLZ/Ort/Straße/Nr.		Telefon	
Derzeitiger Aufenthalt		Telefon	
Geb.-Datum	Geb.-Ort	Staatsangehörigkeit	
Familienstand ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/>		Konfession:	
Angehörige	a) Name		
	E-Mail	Telefon	
	PLZ/Ort/Straße/Nr.		
	Verwandtschaftsgrad		
	b) Name		
	Verwandtschaftsgrad		
	PLZ/Ort/Straße/Nr.		
	E-Mail	Telefon	
Betreuer oder Vorsorge- bevollmächtigter	Name		
	PLZ/Ort/Straße/Nr.	Telefon/E-Mail	
	Nachweise als Kopie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Beschluss gültig bis	
	Postvollmacht ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> PLZ/Ort/Straße/Nr.	ggf. weiterleiten an	
Hausarzt	Name		
	Straße/PLZ/Ort	Telefon	
Bestattungsinstitut	Telefon		
Bekannte Diagnosen			

Krankenkasse	Name		Telefon
	Straße/PLZ/Ort		Sachbearbeiter
	Versicherungskarte gültig bis		Mitgliedsnummer
	Antrag wurde gestellt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Antragsdatum
	Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		Bescheid liegt vor seit
Kostenträger	Selbstzahler: Name		Telefon
	Straße/PLZ/Ort		
	Sozialamt		Telefon
	Straße/PLZ/Ort		
	Sachbearbeiter		Aktenzeichen
Angaben über den Gesundheitszustand	Ansteckende Erkrankungen nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____ Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Suchterkrankung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____		
Mobilität	kaum eingeschränkt <input type="checkbox"/> stärker eingeschränkt (Gehhilfe) <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt (Rollstuhl bzw. bettlägerig) <input type="checkbox"/> eigene Hilfsmittel (z. B. Rollator) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____ Hilfestellung benötigt bei: Ankleiden <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/>		
Haftpflichtversicherung		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	gültig bis
Rezeptgebührenbefreiung		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	gültig bis
Behindertenausweis		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	gültig bis
Termin zur Aufnahme			
Ort	Unterschrift Antragsteller* in		Unterschrift der gesetzlichen Vertretung
Datum			

An die Krankenkasse

Absender:

Tel: _____

**Antrag auf
vollstationäre Pflege
Kurzzeitpflege
Verhinderungspflege**

Name der Versicherten Person

Geburtsdatum

Krankenversicherungsnummer der Person

Anschrift der Person

Telefonnummer

Die Pflegeperson ist vom: _____ bis _____ verhindert

wegen

Erholungsurlaub

Krankheit

sonstige Gründe: _____

Die Pflege wird in dieser Zeit sichergestellt durch:

Seniorenheim Lüner Hof - Alten- und Pflegeheim e.V.

Einrichtung

Auf dem Kauf 9, 21335 Lüneburg

04131 – 38888

04131 – 38889

Anschrift

Telefonnummer

Faxnummer

Datum

Unterschrift des Versicherten/ bzw. des Betreuers

An die Krankenkasse

Absender:

Tel: _____

Ort, Datum

Antrag auf ein Pflegegrad oder Pflegegraderhöhung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich den Antrag für

Name: _____, *geb. _____

Krankenkassen Vers.-Nr. _____

Frau/Herr _____ befindet sich zurzeit in der Pflegeeinrichtung:

Seniorenheim Lüner Hof e.V.

Auf dem Kauf 9
21335 Lüneburg
Tel.: 04131-38888
Fax: 04131-38889

Zu dem Antragsteller stehe ich in folgender Verbindung: _____

Kurze Begründung für den Antrag:

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Betreuers