

## Altenpflegeheim „Betesda“

Bezeichnung des Heimes

Eingangsvermerk des Heimes

Obervogtländischer Verein  
 für Innere Mission e.V.  
 Altenpflegeheim Betesda  
 Pestalozzistraße 30  
 08606 Oelsnitz  
 Telefon: 03 74 21/54-0

## Anmeldung zur Kurzzeit-/Verhinderungspflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

### Angaben zum/zur Aufzunehmenden

Name		Vorname		Geburtsname	
Adresse: Straße/Haus-Nr		Postleitzahl		Wohnort	
Geburtsdatum		Geburtsort		Telefon-Nr.	
Familienstand		Konfession		Staatsangehörigkeit	
derzeitiger Aufenthalt: Straße/Haus-Nr		Postleitzahl/Ort		Telefon-Nr.	

### Angehörige/r a)

Name		Vorname		Telefon-Nr.	
Anschrift: Straße/Haus-Nr		Postleitzahl/Ort		Angehörigenverhältnis	

### Angehörige/r b)

Name		Vorname		Telefon-Nr.	
Anschrift: Straße/Haus-Nr		Postleitzahl/Ort		Angehörigenverhältnis	

### gesetzlicher Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r

Name		Vorname		Telefon-Nr.					
Anschrift: Straße/Haus-Nr		Postleitzahl		Wohnort					
ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Aufenthaltsbestim.		Einwillig.med. Beh.		finanzielle Angeleg.		Vertretung bei Beh.		Öffnen der Post	

Wirkungskreise des Betreuers – nichtzutreffendes bitte streichen!

**bitte wenden!**



# Altenpflegeheim „Betesda“

## Hausarzt des/der Aufzunehmenden

Name		Telefon-Nr.
Adresse: Straße/Haus-Nr		Postleitzahl Ort

## weitere Angaben zum/zur Aufzunehmenden

zuständige Krankenkasse		Mitglieds-Nr. der Krankenkasse	zuerkannte Pflegestufe
Ja		Nein	
Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?			
Welches Sozialamt ist zuständig?			
Zeitraum der Kurzzeit-/Verhinderungspflege		Bemerkung	

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich zugleich den Erhalt der Informationsblätter zu: §3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz WBVG, „Umgang mit Beschwerden“, „Sturzproblematik“, „Mangelernährung im Alter“ sowie „(In-) Kontinenzproblematik“ des APH Betesda.**

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers	Wenn nicht personengleich – Unterschrift des Aufzunehmenden

Die Entgelte sollen von folgendem Konto abgebucht werden:

Kontoinhaber:	
Kreditinstitut:	
Bankleitzahl:	
Kontonummer:	