


QM/Teil 3 PP/HEZ 15.4.	Qualitätsmanagementhandbuch Anmeldeformular	 Haus St. Birgitta Altenwohn- und Pflegeheim Rose 30 b 23570 Lübeck Tel.: 04502/8610-0 Fax: 04502/861040
---------------------------------------	---	---

Name:		Vorname:	
Geburtsname:		Geburtsdatum:	
Familienstand:		Geburtsort:	
Anschrift:		Telefonnummer:	
PLZ, Ort:			
Staatangehörigkeit:		Religion:	
Momentaner Aufenthaltsort:			
Hausarzt:		Anschrift:	
Pflegestufe:	Höherstufungsantrag/Widerspruch gestellt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
		Wann ?	
Krankenkasse:		Anschrift:	
Vers. Nr.:			

Angehörige / Bezugspersonen:

Name	Anschrift	Telefonnummer

Vorsorgevollmacht: ja nein
 Patientenverfügung: ja nein
 Betreuer: ja nein

Betreuer:	Anschrift:
	Tel.:

Bereiche: Aufenthaltsbestimmungsrecht Gesundheitsfürsorge
 Vermögenssorge Behördenangelegenheiten

Der Pflegeplatz wird sofort benötigt Vormerkung für später

Ich bevorzuge: Ein Einzelzimmer Einen Platz im Doppelzimmer

Falls kein Einzelzimmer zur Verfügung steht, beziehe ich auch ein Doppelzimmer ja nein

Ort, Datum

Unterschrift

Erstellt von Bu für QM Haus St. Birgitta	Datum der Ersterstellung: 06/09	Geändert am/ Geändert von	