

Optagelsesblanket Stationær-pleje / Korttidspleje

Afleveres hurtigst muligt, dog senest en uge inden indflytning.

Personlige data (ny beboer)

Fornavn:	Efternavn:
Født den: dato.	Fødested:
Gade:	Postnr. + by:
Fødenavn:	Tlf.nr.
Nationalitet:	Religion:
Mindretalsmedlem: ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	Kirke/Menighed:
Opholdssted p.t.	
hjemme <input type="checkbox"/>	plejehjem <input type="checkbox"/>
sygehus <input type="checkbox"/>	andet

Optagelsesinformationer (udfyldes af Plejehjemmet)

Indflytningsdato: dato.	Udflytningsdato: dato.	
Afdeling:	Værelse:	
Korttidspleje: <input type="checkbox"/>	Verhinderingspleje: <input type="checkbox"/>	Stationær-pleje: <input type="checkbox"/>
Udfyldt den: dato.	Udfyldt af: initialer	

Oplysninger om pårørende:

1. Familierelation: Ægtefælle <input type="checkbox"/>	Søn/Datter <input type="checkbox"/>	andet
Fornavn:	Efternavn:	
Gade:	Postnr.+by:	
Tlf.	Mobilnr.	
Email-adresse:		
Ansvarlig ved ind- og udflytning: ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	
Værge <input type="checkbox"/>	Befuldmægtigt <input type="checkbox"/>	
Dokumentation skal vedlægges		

2. Familierelation: Ægtefælle <input type="checkbox"/>	Søn/Datter <input type="checkbox"/>	andet
Efternavn:	Fornavn:	

Gade: Porstnr.+by:

Tlf. Mobilnr.

Email-adresse:

Ansvarlig ved ind- og udflytning ja nej

Værge Befuldmægtigt

Dokumentation skal vedlægges

Huslæge:

Navn: Tlf.

Gade: Postnr./by

Afregning:

Betaling egenandel:

Selvbetalende: Socialforvaltning

Pflegewohngeld/I-kosten

Bankforbindelse:

Bank: IBAN: DE.....

Einzugsermächtigung erteilt:

Faktura sendes til: Beboer: Pårørende nr. 1 Pårørende nr. 2

Sygekasse/Plejekasse:

Navn: Forsikringsnr.

lovpligtig forsikret Privat forsikret andet:

Beihilfeberechtigt ja %:..... nej

Fritaget receptgebyr:

Originalt bevis afleveres ved indflytning

Plejegrad:

1 2 3 4 5 ingen foreløbig plejegrad:

ansøgning om plejegrad søgt: dato

Oplysninger ved korttidsplejeophold:

Ophold fra dato. til dato. Antal dage

Mulighed for fortsættelse af opholdet ønskes: ja nej Tidligere ophold i korttidspleje i år: nej ja Antal dage**Andet/ Bemærkninger:****Vedlagte kopier:**Livstestamenter (Patientenverfügung) Plejefuldmagt (Betreuungsvollmacht) Identitetskort/rejsepas (Pas/Ausweis) Besked over pensionen (Rentenbescheid) Besked over Plejegrad (Pflegegradbescheid)

Dansk Alderdomshjem bekræfter, at alle oplysninger bliver behandlet fortroligt jf. lovens regler.

Jeg er indforstået med, at ovenstående data gemmes og behandles fortroligt. Jeg bekræfter, at alle oplysninger korrekte. Ved ændringer af ovenstående data, informeres Dansk Alderdomshjem omgående.

.....

Sted, Dato

.....

Underskrift beboer hhv. befuldmægtige