

## St. Michaelshaus Alten- und Pflegeheim

### Voranmeldung

Familiennamen:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Familienstand:		Geburtsname:	
Religion:		Krankenkasse:	
Anschritt:			
Aufenthaltort zurzeit:			
Hausarzt/Facharzt::			
Antrag Pflegeversicherung:	Ja:	Nein:	Wann:
Begutachtet:	Ja:	Nein:	Wann:
Bewillig.Bescheid:	Ja:	Nein:	Wann:
Pflegestufe:	Ja:	Nein:	Wann:
Antrag Sozialhilfe:	Ja:	Nein:	Wann:
Antrag Pflegewohngeld:	Ja:	Nein:	Wann:
Antrag Wohngeld:	Ja:	Nein:	Wann:
Befr.Rundfunkgebühren:	Ja:	Nein:	Wann:
Antrag Betreuung:	Ja:	Nein:	Wann:
Antrag Befr. Arzneimittel:	Ja:	Nein:	Wann:
Patientenverfügung:	Ja:	Nein:	Wann:
PEG- Sonde	Ja:	Nein:	Wann:
Angehörige: / Tel.:			
Betreuer: / Tel.:			
Rechnungsempfänger:			
Angaben zum Gesundheitszustand:			
Angaben intern:			
Wohnbereich:			
EBZ:			
ZBZ:			
Kurzzeitpflege:			
Aufnahmedatum:			
Minden, den		Unterschrift:	