



An

Einrichtung (Anschrift, Telefon-Nr., Fax-Nr.):

Bezirk Oberfranken
Cottenbacher Straße 23
95445 Bayreuth

Fax: 0921/7846-9-3200

Bedarfsmitteilung

Es wird mitgeteilt, dass am: _____	
Frau/Herr: _____	geboren am: _____
Wohnadresse vor Heimaufnahme: <i>(Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)</i> _____	
zur <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Vollstationären Pflege	
von - bis: _____	

in einem <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer aufgenommen wurde.
➔ Erfolgt die Aufnahme in einem <i>Einzelzimmer</i> werden benötigt:
<i>(Hinweis: Die genannten Unterlagen werden <u>nicht</u> benötigt, wenn der Aufenthalt in einem Einzelzimmer in den zurückliegenden 12 Monaten durch den/die Bewohner/in selbst bezahlt wurde.)</i>
1. Aussagekräftige ärztliche Stellungnahme aus der hervorgeht, weshalb lediglich eine Einzelzimmerunterbringung möglich ist.
2. Detaillierte Stellungnahme seitens der Einrichtung, weshalb eine Unterbringung in einem Doppelzimmer nicht möglich ist.
<input type="checkbox"/> Die Aufnahme erfolgte im Bereich für Rüstige. (Eine Pflegeeinstufung wurde beantragt. Das MDK-Gutachten wird nachgereicht.)
<input type="checkbox"/> Die Aufnahme erfolgte im beschützenden Bereich. (Der gerichtliche Unterbringungsbeschluss ist beigelegt.)

Die endgültige Einstufung der Pflegekasse <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
--

Ansprechpartner/Betreuer/Bevollmächtigter für den Heimbewohner/die Heimbewohnerin ist: <i>(Bitte Adresse und Telefonnummer angeben!)</i> _____	
Die Heimaufenthaltskosten	
<input type="checkbox"/> wurden in vollem Umfang bezahlt bis: _____	
<input type="checkbox"/> sind ungedeckt seit: _____	
<input type="checkbox"/> Eine anteilige Begleichung der Heimkosten erfolgt seit: _____	
in Höhe von: _____	

Datum, Unterschrift: _____