

Anmeldung



(Bitte grundsätzlich aushändigen sowie vor der Aufnahme ausgefüllt und unterschrieben zurückgeben lassen.)

- Stempel der Einrichtung -

Aufnahmedatum/Vertragsbeginn:

☐ Beschützender Bereich

☐ Geriatrischer Bereich

Name:

Geburtsname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

PLZ, Wohnort:

.....

Straße, Hausnummer:

.....

Familienstand:

Staatsangehörigkeit: Konfession:

Derzeitiger Aufenthaltsort (Wohnung, Krankenhaus, Rehabilitationsklinik, andere Einrichtung):

.....

Bitte nennen Sie uns einen Angehörigen bzw. Ansprechpartner, der Ihnen wichtig ist:

Name: Vorname:

Verwandt- oder Bekanntschaftsgrad:.....

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon: Fax:

Mobil: Email:

Name: Vorname:

Verwandt- oder Bekanntschaftsgrad:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon: Fax:

Mobil: Email:

Anmeldung



Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: Vorname:

Anschrift der Hausarztpraxis:

.....

Telefon: Mobil:

Telefax: Email:

Nennen Sie uns bitte Ihre zuständige Krankenkasse:

.....

Pflegegrad:

☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ Pflegegrad beantragt am:

☐ Kurzzeit-/Verhinderungspflege beantragt am:

Erhalten Sie beamtenrechtliche Bezüge?

☐ Ja ☐ Nein

Besteht eine amtlich bestellte Betreuung? (Wenn ja, bitte eine Kopie des Betreuerausweises beifügen)

☐ Ja ☐ Nein

Name: Vorname:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon: Fax:

Mobil: Email:

Besteht Vorsorgevollmacht?

☐ Ja ☐ Nein

Besteht eine Patientenverfügung?

☐ Ja ☐ Nein

Aufgabenbereiche der Vorsorgevollmacht:

☐ Vermögensangelegenheiten

☐ Vertretung vor Ämter/Behörden/Gerichten

☐ Aufenthalt/Wohnungsangelegenheiten

☐ Gesundheit/Pflegebedürftigkeit

☐ Post/Fernmeldeverkehr

☐

Anmeldung



Kostenträger:

Ich bestätige, dass ich

- a) ☐ die monatlich anfallenden Heimkosten aus eigenen Mitteln aufbringen kann.
- b) ☐ die monatlich anfallenden Heimkosten aus eigenen Mitteln plus Pflegeversicherung aufbringen kann.
- c) ☐ die monatlich anfallenden Heimkosten nicht aus eigenen Mitteln aufbringen kann.
- d) ☐ Ich verpflichte mich, die Kostenübernahme beim zuständigen Sozialamt sofort zu beantragen.

wenn a-c) für eigene Mitteln

Rechnungsempfänger (Name und Anschrift):

.....

wenn d) Sozialamt

Name und Anschrift des zuständigen Sozialamtes:

.....

Sonstige Bemerkungen/Hinweise:

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Antragstellers

.....

Unterschrift des Bearbeiters