

Anmeldung zur Aufnahme

Anmeldung zur

vollstationären Pflege Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Name, Vorname _____ Titel _____

geborene _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort/PLZ _____

Adresse

Straße/Hausnr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Derzeitiger Aufenthalt

Straße/Hausnr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____ Sprache _____

Pflegestufe I II III Pflegestufe beantragt? ja nein

Angehörige

a) Name _____ b) Name _____

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort _____ Straße/Hausnummer/PLZ/Ort _____

Telefon _____ Telefon _____

wie verwandt _____ wie verwandt _____

c) Name _____

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort _____

Telefon _____

wie verwandt _____

Betreuung/Vollmacht erteilt

Name _____

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort _____

beantragt am _____

durch _____

Telefon _____

Wirkungskreis

- Vermögensfürsorge Gesundheitsfürsorge
 Aufenthaltsbestimmung Postvollmacht
 Wohnungsauflösung Behördenangelegenheiten

Betreuungsurkunde

Aktenzeichen _____

ab _____ bis _____

Unterbringungsbeschuß

beantragt _____

am _____

durch _____

genehmigt _____

AZ _____

Gewünschte Unterkunft

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Reservierung ab _____

Einzug _____

Telefon gewünscht _____



Krankenkasse

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

Mitgliedsnr. _____

Kassenmitglied Familienangehöriger

Versicherungskarte gültig bis _____

Rezeptgebührenbefreiung

ja nein

gültig bis _____ AZ _____

Hausarzt

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Selbstzahler

ja nein

Beihilfeberechtigt ja nein

Rechnungsadresse,
falls abweichend von der Bewohneradresse

Straße/PLZ/Ort _____

Telefon _____

Rentenbescheide

Name/Ort des RV-Trägers _____

Pflegewohngeld

beantragt ja nein

wenn nein, bei welcher Krankenkasse soll Pflegewohngeld
beantragt werden? _____ €

Bankverbindung

Name der Bank _____

BLZ _____

Kontonummer _____

Einzugermächtigung erteilt?

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers

Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung

ja nein

gültig bis _____ AZ _____

Behindertenfahrdienst

beantragt _____ genehmigt _____

AZ _____

Ausweis

Personalausweisnr. _____

gültig bis _____

Reisepaßnr. _____

gültig bis _____

Behindertenausweisnr. _____

gültig bis _____

Grad der Behinderung in % _____

Ausweis ausgestellt von _____

Antrag auf Sozialhilfe

am/vom _____

durch _____

bei Sozialamt _____

Beihilfeempfänger

ja nein

Versicherten-Nr. _____ Betrag € _____

Ärztliche Schweigepflicht

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht genehmigt?

ja nein

Vorsorge für den Todesfall

Ergänzungen, Hinweise

Wenn nicht Personengleichheit, Unterschrift des Aufzunehmenden