

Anmeldeformular

☐ Kurzzeit-/Verhinderungspflege ☐ vollstationäre Pflege ☐ Warteliste

Aufnahmedatum: _____ Zimmerkategorie: ☐ EZ ☐ DZ

Derzeitiger Aufenthaltsort: _____

Pflegegrad: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ beantragt

Pflegebescheid: ☐ nein ☐ ja seit wann: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Geburtstag und Geburtsort: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Kranken-/Pflegekasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Selbstzahler: ☐ nein ☐ ja

Sozialhilfeempfänger: ☐ nein ☐ ja

Zuständiges Sozialamt: _____

SachbearbeiterIn: _____

Hausarzt: _____

Anschrift: _____

Tel. Nr.: _____

Fax Nr.: _____

Vorsorgevollmacht: ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht ☐ keine vorhanden

Patientenverfügung: ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht ☐ keine vorhanden

Generalvollmacht: ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht ☐ keine vorhanden

Betreuung

BetreuerIn: ☐ nein ☐ ja ☐ beantragt

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel. Nr./Handynr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Kopie beigefügt: ☐ nein ☐ ja

Angehörige

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel. Nr./Handynr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name, Vorname: _____

Tel. Nr./Handynr.: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Rechnung

☐ SEPA

☐ Überweisung

RechnungsempfängerIn: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

AntragstellerIn: _____

Ort/Datum

Unterschrift