

Anmeldebogen

- vollstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Einzelzimmer
- Doppelzimmer
- dringliche Aufnahme

- gewünschte Aufnahme: _____
- Seniorenmittagstisch
- Betreutes Wohnen

Persönliche Daten

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsname
_____	_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsort	derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus usw.)
_____	_____	_____
Postleitzahl	Wohnort	Strasse, Hausnummer
_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	Religionszugehörigkeit	Familienstand
_____	_____	_____
Datum und Ort der Eheschließung		

Patientenverfügung ja (Kopie) nein

Kontakte (Ehegatte, Angehörige bzw. Kontaktpersonen)

a) _____

_____	_____	_____
Name	Vorname	wie verwandt
_____	_____	_____
PLZ / Wohnort	Strasse, Nr.	Telefon privat / mobil
_____	_____	_____
E-Mail	sonstiges	

b) _____

_____	_____	_____
Name	Vorname	wie verwandt
_____	_____	_____
PLZ / Wohnort	Strasse, Nr.	Telefon privat / mobil
_____	_____	_____
E-Mail	sonstiges	

c) _____

_____	_____	_____
Name	Vorname	wie verwandt
_____	_____	_____
PLZ / Wohnort	Strasse, Nr.	Telefon privat / mobil
_____	_____	_____
E-Mail	sonstiges	

Kostenträger

- Selbstzahler ja nein Antrag auf Sozialhilfe ja nein

a) Krankenkasse

_____	_____	_____
Name	Strasse / Nr.	PLZ / Ort
_____	_____	_____
Tel. / Fax	E-Mail	Ansprechpartner
_____	_____	_____
Kostenbefreiung <input type="checkbox"/> ja (Kopie) <input type="checkbox"/> nein	Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja (Kopie) <input type="checkbox"/> nein	

b) Pflegekasse

_____ Name	_____ Strasse / Nr.	_____ PLZ / Ort
_____ Tel. / Fax	_____ E-Mail	_____ Ansprechpartner
Pflegeeinstufung ist beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Pflegeeinstufung liegt vor <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (Kopie)

Betreuung / Vollmacht

ja (Kopie)

Betreuung ist beantragt ja nein

_____ Name	_____ Strasse / Nr.	_____ PLZ / Ort
_____ Tel. privat / mobil	_____ E-Mail	_____ Sonstiges

Hausarzt

_____ Name	_____ Strasse / Nr.	_____ PLZ / Ort
_____ Tel. privat / mobil	_____ E-Mail	_____ Sonstiges

Wünsche und Anregungen (z.B. Einrichtungsgegenstände, die mitgebracht werden sollen)

Besondere Wünsche für den Fall des Ablebens

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?

- Werbeanzeige Telefonbuch Internet Empfehlung Ambulanter Dienst Hausarzt
- sonstiges _____

Ort und Datum

Unterschrift des Antragsteller

Angehöriger Betreuer Bevollmächtigter