

[] stationäre Pflege [] Kurzzeitpflege von _____ bis _____

1	Name	
2	Geburtsname	
3	Vorname	
4	Geburtsdatum	
5	Geburtsort (evt. Land, Kreis)	
6	Staatsangehörigkeit	
7	Konfession	
8	Wohnort: Straße Wohnort Telefon	
9	Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus): Straße Wohnort Telefon	
10	Familienstand	
11	Beruf	
12	Kinder	
13	Angehörige, Kontaktpersonen: wie verwandt oder bekannt Name Straße Wohnort Telefon	
14	Angehörige, Kontaktpersonen: wie verwandt oder bekannt Name Straße Wohnort Telefon	

15	Betreuer (Nachweis beifügen) Bevollmächtigter: Name Straße Wohnort Telefon					
16	Wirkungskreis der Betreuung/ Vollmacht					
17	Wer bekommt die Korrespondenz bzw. Rechnung?					
18	Behandelnder Arzt Name Straße Ort Telefon					
19	Krankenkasse / Pflegekasse Name Straße Ort Telefon					
20	KK - Mitgliedsnummer					
21	Besitzen Sie einen gültigen Befreiungsausweis?	ja []	nein []	Besitzen Sie einen gültigen Behindertenausweis ?	ja []	nein []
22	Wer stellt diesen Antrag? In welcher Eigenschaft?					
23	<p>Die Heimkosten werden finanziert durch:</p> <p>[] Selbstfinanzierung (Renten, Vermögen)</p> <p>[] Pflegeversicherung</p> <p style="padding-left: 40px;">[] Die Heimpflegebedürftigkeit wurde ärztlich bestätigt (Nachweis beifügen).</p> <p style="padding-left: 40px;">[] Ein Pflegegrad _____ liegt vor (Nachweis beifügen).</p> <p>Restkosten:</p> <p style="padding-left: 20px;">[] Einkommen und Sozialamt / Kriegopferfürsorge</p> <p style="padding-left: 20px;">[] Ein Kostenübernahmeantrag wurde gestellt [] wird umgehend gestellt</p> <p>Welches Sozialamt ist zuständig? _____</p> <p>[] Selbstfinanzierung (Einkommen und Vermögen)</p>					
24	Beihilfe Name des Kostenträgers Straße Ort Telefon evtl. Sachbearbeiter Geldinstitut Kontonummer Bankleitzahl					

25	Gewünschter Wohnraum	[] Einzelzimmer [] Doppelzimmer
26	Gewünschter Einzug	Datum: _____ [] umgehend [] als Vorsorge
27	Vorkehrungen für den Sterbefall: Bestattungsunternehmen, Bestattungswünsche?	
28	Hinweise, Mitteilungen, besondere Wünsche, Bedürfnisse	

Bitte füllen Sie die Anmeldung **vollständig** aus. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift des Bewerbers

Unterschrift des Betreuers oder Bevollmächtigten

Hinweis: Sie erhalten über den Eingang der Anmeldung keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung. Und teilen Sie uns bitte umgehend mit, wann ein Einzug in unsere Einrichtung voraussichtlich erfolgen soll.

Ihre persönlichen Daten werden im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes und unter den Maßgaben des Sozialgesetzbuches vertraulich behandelt.

Vermerk der Einrichtung:

Der Einzug erfolgte am: _____

ZimmerNr: _____

Telefon frei geschaltet: [] ja / [] nein

TelefonNr: _____ - _____

Dok. Nr.	Datum	Erstellt	Version	Geprüft	Freigabe	Geltungsbereich	Seite 3 / 3
U 3.1.2	08.01.2019	QMB	4	Verwaltung intern	Einrichtungsleitung	Stationäre Pflege	