unverbindliche Anmeldung

Für Ihre unverbindliche Anmeldung bzw. Aufnahme bei uns, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Persönliche Angaben

Name		Vorname	
Geburtsname		Geboren in	
Geburtsdatum		Religion	
Familienstand		Wohnort	
Postleitzahl		Straße und. Hausnummer	
Telefon Festnetz		Handy	

Anschrift nächster Angehöriger

(weitere Angehörige/ Kontaktadressen bitte auf einem gesonderten Beiblatt)

Name		
Adresse		
Verwandtschaftsgrad		
Festnetz, Mobil, Email		

Ansprechpartner bei Aufnahme

Gewünschter Wohnungstyp / Bereich

Betreutes Wohnen

1-Zimmer – Wohnung Typ _____ 2-Zimmer – Wohnung Typ _____

Allgemeine stationäre Pflege

Einzelzimmer / Pflegeapartment Doppelzimmer

Gerontopsychiatrische Pflege (bei dementieller Erkrankung)

Einzelzimmer Doppelzimmer

Gewünschter Termin: baldmöglichst später

(Wichtig: Bitte einmal jährlich Rückmeldung, ob noch Interesse besteht)

Kostenregelung: siehe Selbstauskunft (Anlage)

Haben Sie Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz beantragt?

wenn ja Pflegegrad _____

Krankenkasse gesetzlich privat

Name	
Vers.Nr.	

Sind Sie von der Zuzahlung der Rezeptgebühren befreit ? ja nein

Sind Sie Beihilfe versichert ? ja nein

Behandelnder Hausarzt/ Facharzt

Name		Anschrift/ Tel	
Name		Anschrift/ Tel	

Hausarztwechsel notwendig? ja nein

Besteht eine gesetzliche Betreuung ? ja nein **oder Bevollmächtigung** ja nein

Name		Kontakt
Adresse		

Haben Sie eine/n:

Schwerbehindertenausweis ja nein Patientenverfügung ja nein

Vorsorgevollmacht ja nein

Bestattungsvorsorge ja nein / Wenn ja bei wem _____

Pflege- Betreuungsbedarf:

Ort / Datum

Unterschrift

Ihre Angaben werden selbstverständlich entsprechend den datenschutzrechtlichen Vorschriften behandelt.

Anlagen zur Anmeldung vor Vertragsschließung

für _____

Wir bitten Sie gegebenenfalls um folgende Nachweise in Kopie

- Kopie aller Rentenbescheide
- Bescheid über Eingruppierung der Pflegekasse
- Selbstauskunft (siehe Anlage)
- Schwerbehindertenausweis
- Bescheid Rezeptgebührenbefreiung
- Krankenversichertenkarte (bei Bedarf Original nach Absprache)
- Antrag bzw. Bescheid der Kostenübernahme (SHV)
- Erteilte Vollmachten
- Impfausweis Kopie
- Personalausweis

Kontoverbindung

Bank _____

IBAN _____ BIC _____

Anschrift weiterer Angehöriger / Kontaktpersonen

Name		
Adresse		
Festnetz, Mobil Email		
Name		
Adresse		
Festnetz, Mobil Email		

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt über meinen aktuellen Gesundheitszustand Auskunft erteilen darf und Arztattest, ggf. Medikamentenplan und sonstige Befunde und Krankenhausentlassberichte an den Ruhsitz auf dem Postwege, per Email oder FAX übermitteln kann. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

Ort / Datum

Unterschrift