

Anmeldung

Für Ihre 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 etwa _____

Kostenregelung:

Die anfallenden Kosten sind durch meine Einkünfte und/ oder mein Vermögen gedeckt ja nein

Wenn nicht, Antrag auf Kostenregelung wurde gestellt

ja nein

Haben Sie Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz beantragt ? ja nein

Wenn ja Bescheid über Eingruppierung liegt vor ja nein

Wenn ja Pflegegrad _____

Krankenkasse gesetzlich privat

Name		Anschrift	
Vers.Nr.			

Sind Sie von der Zuzahlung der Rezeptgebühren befreit ? ja nein

Sind Sie Beihilfe - versichert ? ja nein

Name		Anschrift	
Vers. Nr.			

Behandelnder Hausarzt/ Facharzt

Name		Anschrift/ Tel	
Name		Anschrift/ Tel	
Name		Anschrift/ Tel	

Hausarztwechsel notwendig? ja nein

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

Name	
Adresse	
Festnetz, Mobil, Email	

Haben Sie eine/n:

Schwerbehindertenausweis ja nein Patientenverfügung ja nein

Vorsorgevollmacht ja nein

Bestattungsvorsorge ja nein / Wenn ja bei wem _____

Ort / Datum

Unterschrift

Ihre Angaben werden selbstverständlich entsprechend den datenschutzrechtlichen Vorschriften behandelt.

Anlagen zur Anmeldung bei Vertragsschließung

für _____

Wir bitten Sie gegebenenfalls um folgende Nachweise in Kopie

- Bescheid über Eingruppierung der Pflegekasse
- Schwerbehindertenausweis
- Bescheid Rezeptgebührenbefreiung
- Krankenversichertenkarte (bei Bedarf Original nach Absprache)
- Antrag bzw. Bescheid der Kostenübernahme (SHV)
- Ummeldung des Hauptwohnsitzes
- Ummeldung Telefon – neue Telefonnummer _____
- Erteilte Vollmachten die für uns relevant sind

Kontoverbindung

Bank _____

IBAN _____ BIC _____

Anschrift weiterer Angehöriger / Kontaktpersonen

Name		
Adresse		
Festnetz, Mobil Email		
<hr style="border: 1px solid black;"/>		
Name		
Adresse		
Festnetz, Mobil Email		

Ort / Datum

Unterschrift