

Anmeldung

ANMELDUNG

DAUERPFLEGE AB _____ WARTELISTE

GASTPFLEGE vom _____ bis _____

Mit Option auf Verlängerung

Bitte, alle Fragen vollständig und ausführlich beantworten.

Zutreffendes ankreuzen x und im verschlossenen Umschlag zurücksenden.

Name: _____ geborene _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geb.-Ort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Gemeldete Adresse: Straße, Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Derzeitiger Aufenthalt

(bei Krankenhaus od. Altenheim bitte entsprechende Adresse - Straße/PLZ/Ort)

Tel.-Nr.: _____

Anmeldung

1. Angehörige:

a) Name, Vorname: _____
Straße/: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.-Nr.: _____
mobil: _____
E-Mail: _____
wie verwandt: _____

2. Angehörige:

b) Name, Vorname: _____
Straße/: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.-Nr.: _____
mobil: _____
E-Mail: _____
wie verwandt: _____

gesetzliche/r Betreuer/in:

c) Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.-Nr.: _____
mobil: _____
E-Mail: _____
wie verwandt: _____

Wirkungskreis der Betreuung:

- Aufenthalt
- Gesundheit
- Vermögen/Finanzen
- Postempfang

bitte eine Kopie der

Bestellungsurkunde beifügen!

oder Bevollmächtigte/r:

d) Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
E-Mail: _____
wie verwandt: _____

Tel.-Nr.: _____

mobil: _____

bitte eine Kopie der

Vollmacht beifügen

Anmeldung

E-Mail Adresse für Rechnungsversand (wird digital zugestellt):

E-Mail: _____

Patientenverfügung? ja nein *(bitte eine Kopie mitbringen)*

**Impfung gegen Covid19/
Corona?** ja nein *(bitte Impfnachweis mitbringen)*

Hausarzt: Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.-Nr.: _____
mobil: _____

Facharzt: Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.-Nr.: _____
mobil: _____

Pflege-/ Krankenkasse Name: _____
Ort: _____
Vers.-Nr.: _____

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Antrag auf Pflegeeinstufung gestellt? ja nein

Vorbegutachtung durch den MDK? ja nein

Anmeldung

Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung? ja nein

Bsp. Rezeptgebühren, Eigenanteil KG (bitte Befreiungskarte mitbringen)

Privat Zusatzversichert? ja nein

Bsp.: bei Krankenhausaufenthalt f. Zwei-/ Einbettzimmer, Zahnbehandlungen

Schwerbehindertenausweis? ja nein

Ausweis-Nr.: _____

Bisherige Inkontinenzmaterialversorgung? keine

Pants/ Höschen Einlagen sonstige: _____
bitte aufschreiben, evtl. Marke/Firma

Telefon auf dem Zimmer erwünscht? ja nein

Barbetrags-/ Taschengeldkonto erwünscht? ja nein

Fußpflege/ Maniküre erwünscht? ja nein

Soll die Wäsche vom Haus gewaschen werden? ja nein

Die Wäsche muss gekennzeichnet sein.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung Werbung Arzt Facebook
 Internet Zeitungsannonce Seniorenportale
 sonstige: _____

bitte aufschreiben,

Hinweise und Ergänzungen

Bitte alle Fragen vollständig und ausführlich beantworten.

_____, den _____
**Ort Datum (Unterschrift des Antragstellers/Aufzunehmenden/
ggf. Betreuer/ Bevollmächtigter)**