

## 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)**