

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)*

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

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)**