

	Pflegeresidenz Leverkusen	Geltungsbereich: Verwaltung	
		Datum: 07.2023	
		Version 1	G 2.4
Anmeldung			

A N M E L D U N G

☐ **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.: _____

	Pflegeresidenz Leverkusen	Geltungsbereich: Verwaltung	
		Datum: 07.2023	
		Version 1	G 2.4
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 (vom Amtsgericht bestellt):

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**

	Pflegeresidenz Leverkusen	Geltungsbereich: Verwaltung	
		Datum: 07.2023	
		Version 1	G 2.4
Anmeldung			

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

E-Mail: _____

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

Bestattungsvorsorge getroffen? ☐ ja ☐ nein bei _____

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 Pflege gestellt? ☐ ja ☐ nein

	Pflegeresidenz Leverkusen	Geltungsbereich: Verwaltung	
		Datum: 07.2023	
		Version 1	G 2.4
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

Bisherige Inkontinenzmaterialversorgung? ☐ keine

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

Telefon auf dem Zimmer erwünscht? ☐ ja ☐ nein

Barbetrags-/ Taschengeldkonto erwünscht? ☐ ja ☐ nein

Frisörbesuch erwünscht? ☐ ja ☐ nein

Fußpflege/ Maniküre erwünscht? ☐ ja ☐ nein

Soll die Wäsche vom Haus gewaschen werden? ☐ ja ☐ nein

Die Wäsche muss gekennzeichnet sein.

BEI KURRZEITPFLEGE WIRD DIES NICHT ANGEBOTEN !

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung ☐ Werbung ☐ Arzt ☐ Social Media
☐ 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)**