

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

A N M E L D U N G

DAUERPFLÈGE 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

Barbetrag-/ 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)**