

Anmeldung zum Einzug

Angaben zur Person

Vor- und Nachname

Geburtsname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Angehörige oder Bezugspersonen

1. _____
Vor- und Nachname

wie verwandt/ bekannt

Vollmacht
vorhanden ☐

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Postvollmacht
vorhanden ☐

Telefonnummer

E-Mail

2. _____
Vor- und Nachname

wie verwandt/ bekannt

Vollmacht
vorhanden ☐

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Postvollmacht
vorhanden ☐

Telefonnummer

E-Mail

3.

<hr/>	<hr/>	Vollmacht
Vor- und Nachname	wie verwandt/ bekannt	vorhanden <input type="radio"/>
<hr/>	<hr/>	Postvollmacht
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	vorhanden <input type="radio"/>
<hr/>	<hr/>	
Telefonnummer	E-Mail	

Berufsbetreuer/in

<hr/>	<hr/>
Vor- und Nachname	Wirkungskreis
<hr/>	<hr/>
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
<hr/>	<hr/>
Telefonnummer	E-Mail/ Fax

Ärztliche Versorgung

<hr/>	
Hausarzt	
<hr/>	<hr/>
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
<hr/>	<hr/>
Telefonnummer	E-Mail/ Fax

Werden Sie weiterhin von Ihrem Hausarzt/ Ihrer Hausärztin betreut oder wünschen Sie die Anmeldung bei einem unserer Kooperationsärzte?

☐ bisheriger Hausarzt ☐ Kooperationsarzt

1.

<hr/>	<hr/>
Facharzt	Fachrichtung
<hr/>	<hr/>
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
<hr/>	<hr/>
Telefonnummer	E-Mail/ Fax

2. _____

Facharzt	Fachrichtung
_____	_____
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
_____	_____
Telefonnummer	E-Mail/ Fax
_____	_____

Kranken- und Pflegekasse

Krankenkasse	Versichertennummer
_____	_____

Pflegegrad	Seit wann?
_____	_____

Wurde bereits eine Höherstufung beantragt? ☐ ja ☐ nein

Kosten und Einkommen

Sind die Kosten durch Ihr Einkommen/
Vermögen gedeckt? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie oder Ihr/e Ehepartner/in
beihilfeberechtigt? ☐ ja ☐ nein

☐ Eine Bestätigung zur Kostenübernahme des Sozialamts in _____ liegt vor.
(Bitte legen Sie die Bestätigung in der Verwaltung vor.)

☐ Der Antrag auf Kostenübernahme ist am _____ in _____ gestellt worden.

☐ Der Antrag auf Kostenübernahme muss noch von den Angehörigen gestellt werden.

Ist der Antrag auf vollstationäre Pflege bei der Pflegekasse gestellt worden? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie die Kurzzeitpflege bei der Pflegekasse beantragt? ☐ ja ☐ nein

Wieviel Budget für Kurzzeit- und Verhinderungspflege steht noch zur Verfügung? _____ €

Liegt eine Zuzahlungsbefreiung für Medikamente vor? ☐ ja ☐ nein

Sonstiges

Soll die Wäsche von der Einrichtung gewaschen werden?

- ☐ ja
☐ nein

Bitte beachten Sie, dass Kleidung, die Sie selbst waschen, auch von Ihnen mit Namen gekennzeichnet werden muss. Sie können gerne eigene Tischwäsche und/oder Tagesbettdecken mitbringen, diese müssen auch entsprechend gekennzeichnet sein.

Wie soll mit ankommender Post
verfahren werden?

- ☐ wird am Empfang abgeholt
☐ wird am Wochenende auf dem
Wohnbereich abgeholt
☐ soll dem Bewohner ausgehändigt werden

Möchten Sie im Notfall zu jeder Tages-
und Nachtzeit telefonisch informiert werden?

- ☐ ja
☐ nein

Wer übernimmt bei Bedarf Begleitdienste zu Ärzten o.ä.?

Wer empfängt die Rechnung?

Ort, Datum

Unterschrift