



## 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

<p>3.</p> <hr/> <p>Vor- und Nachname</p> <hr/> <p>Straße und Hausnummer</p> <hr/> <p>Telefonnummer</p>	<p>wie verwandt/ bekannt</p> <hr/> <p>PLZ und Ort</p> <hr/> <p>E-Mail</p>	<p>Vollmacht vorhanden <input type="radio"/></p> <p>Postvollmacht vorhanden <input type="radio"/></p>
<p><b>Berufsbetreuer/in</b></p> <hr/> <p>Vor- und Nachname</p> <hr/> <p>Straße und Hausnummer</p> <hr/> <p>Telefonnummer</p>		<p>Wirkungskreis</p> <hr/> <p>PLZ und Ort</p> <hr/> <p>E-Mail/ Fax</p>
<p><b>Ärztliche Versorgung</b></p> <hr/> <p>Hausarzt</p> <hr/> <p>Straße und Hausnummer</p> <hr/> <p>Telefonnummer</p>		
<p>Werden Sie weiterhin von Ihrem Hausarzt/ Ihrer Hausärztin betreut oder wünschen Sie die Anmeldung bei einem unserer Kooperationsärzte?</p>		
<p><input type="radio"/> bisheriger Hausarzt      <input type="radio"/> Kooperationsarzt</p>		
<p>1.</p> <hr/> <p>Facharzt</p> <hr/> <p>Straße und Hausnummer</p> <hr/> <p>Telefonnummer</p>	<p>Fachrichtung</p> <hr/> <p>PLZ und Ort</p> <hr/> <p>E-Mail/ Fax</p>	

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?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

### Kosten und Einkommen

Sind die Kosten durch Ihr Einkommen/ Vermögen gedeckt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind Sie oder Ihr/e Ehepartner/in beihilfeberechtigt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Eine Bestätigung zur Kostenübernahme des Sozialamts in _____ liegt vor. (Bitte legen Sie die Bestätigung in der Verwaltung vor.)	
<input type="radio"/> Der Antrag auf Kostenübernahme ist am _____ in _____ gestellt worden.	
<input type="radio"/> Der Antrag auf Kostenübernahme muss noch von den Angehörigen gestellt werden.	

Ist der Antrag auf vollstationäre Pflege bei der Pflegekasse gestellt worden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Haben Sie die Kurzzeitpflege bei der Pflegekasse beantragt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wieviel Budget für Kurzzeit- und Verhinderungspflege steht noch zur Verfügung?	_____ €
Liegt eine Zuzahlungsbefreiung für Medikamente vor?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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