



Anmeldebogen

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Stationäre Dauerpflege | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> eilt sehr / sofort |
| <input type="checkbox"/> Demenzbereich / Beschützter Bereich | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer | <input type="checkbox"/> ab ca.: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege | | <input type="checkbox"/> unverbindlich / Warteliste |

Laut Pflegeversicherung eingestuft in: PG1 PG2 PG3 PG4 PG5 seit: _____

Name | _____
Vorname | _____
Geburtsname | _____
Straße / PLZ / Ort | _____
Telefon | _____

Impfung Covid19

1. | Datum: _____ | Impfstoff: _____
2. | Datum: _____ | Impfstoff: _____
3. | Datum: _____ | Impfstoff: _____
4. | Datum: _____ | Impfstoff: _____

Soziographische Daten

Geburtsdatum _____	Geburtsort _____
Familienstand _____	Konfession _____
früherer Beruf _____	Anzahl d. Kinder _____

zuständiges Sozialamt | _____
Ort | _____
Telefon | _____



Bei derzeitigem Aufenthalt im Krankenhaus bitte Adresse angeben:

Name des Krankenhauses	
Telefon	
Station	
Behandelnder Arzt	

Vorhandene Unterlagen

Patientenverfügung Vorsorgevollmacht Betreuungsverfügung

Angehörige/Bezugsperson

1. Kontaktperson

Name		2. Kontaktperson	
Vorname			
Straße/Haus-Nr.			
PLZ/Ort			
Telefon/Mobil			
E-Mail-Adresse			
wie verwandt			

1. Kontaktperson ist Ansprechpartner/in für Vertragsgestaltung, Rechnungen, Erstinformation, etc.

Amtlich bestellte/r Betreuer/in

Bitte Kopie der Betreuer-Urkunde beilegen.

Name	
Vorname	
Verwandtschaftsgrad	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Ort	
Telefon/Mobil	
E-Mail-Adresse	
Umfang der Betreuung	



Hausarzt

Name	_____
Vorname	_____
Straße / Haus-Nr.	_____
PLZ / Ort	_____
Telefon	_____
E-Mail-Adresse	_____

Sonstige Fachärzte

1. Facharzt

2. Facharzt

Name	_____	_____
Fachrichtung	_____	_____
Telefon	_____	_____

Krankenversicherung / Pflegeversicherung

versichert bei	_____
Mitgliedsnummer	_____
PLZ / Ort	_____
Sachbearbeiter (siehe Brief Pflegekasse)	_____
E-Mail-Adresse	_____

Bereits in diesem Jahr in Anspruch genommene Kurzzeitpflege _____ € und Verhinderungspflege _____ €.

Erhalten Sie bereits Leistungen der Pflegekasse? (z. B. häusliche Pflege)

Ja Nein

Haben Sie bei Ihrer Pflegekasse Leistung beantragt? (z. B. Höherstufung / Antrag KZP / VHP / VST)

Ja Nein

Wann & Warum _____

Wenn ja, bitte Kopie beilegen.



Vermögenssituation

Art des Einkommens (z. B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro

Die Kosten werden aufgebracht durch:

- | | | | |
|--|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegekasse | Selbstzahler | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung | Sozialhilfeempfänger | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Beihilfe | | | |
| <input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen | | | |
| <input type="checkbox"/> das vorstehende aufgeführte Einkommen | | | |
| <input type="checkbox"/> anteilig durch Sozialamt: | | | |

Anträge wurden beim zuständigen Sozialamt in _____

am _____ gestellt.

Sachbearbeiter/Telefon-Nr. _____

WICHTIG! – Betrifft nur Sozialhilfe-Empfänger –

Die Heimaufnahme erfolgt nur, wenn die Kostenzusage des Sozialamts vorliegt.

Mit dem Tag der Heimaufnahme sind die Heimkosten fällig und es besteht ein Vertragsverhältnis.

Sonstige Informationen

- Ich bestätige hiermit, dass ich die Informationen gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ausgehändigt bekommen habe und der Verarbeitung meiner Daten zustimme.

Ort, Datum | _____

Unterschrift des Antragstellers | _____

Unterschrift des Betreuers oder
der bevollmächtigten Person | _____



Einzugsermächtigung für Pflegekosten

Name	
Vorname	
geboren am	
Straße / Haus-Nr.	
PLZ / Ort	
Bankinstitut	
Sitz	
IBAN	
BIC	
Ort, Datum	
Unterschrift	

Die Einzugsermächtigung ist jederzeit widerrufbar!