

Anmeldung zur Aufnahme

Seite 1

Mehrfachanmeldung ist möglich (bleibt unverbindlich bis zum Vertragsabschluss!):

mehr als Pflege

stationäre Dauerpflege Kurzzeitpflege Tagespflege Betreutes Wohnen

Vor- und Zuname			Telefon privat
	Adresse		
Derzeitiger Aufenthalt	Strasse/PLZ/Ort		Telefon mobil
	Bezeichnung		Telefon
Stammdaten	Strasse/PLZ/Ort		E-Mail
	Geburtsort	Geburtsdatum	evtl. Geburtsname
	Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit
	Beruf		
Angehörige Bezugspersonen	Name (Ansprechpartner für Heimverwaltung)		Telefon privat
	Strasse/PLZ/Ort		Telefon dienstlich
	Verwandschaftsverhältnis	E-Mail	Telefon mobil
	Name		Telefon privat
	Strasse/PLZ/Ort		Telefon dienstlich
	Verwandschaftsverhältnis	E-Mail	Telefon mobil
	Name		Telefon privat
	Strasse/PLZ/Ort		Telefon dienstlich
	Verwandschaftsverhältnis	E-Mail	Telefon mobil
	Name		Telefon privat
	Strasse/PLZ/Ort		Telefon dienstlich
	Verwandschaftsverhältnis	E-Mail	Telefon mobil
Ges. Betreuung Vollmacht	Name		Telefon privat
	Strasse/PLZ/Ort		Telefon dienstlich
	evtl. Verwandschaftsver.	E-Mail	Telefon mobil

Anmeldung zur Aufnahme

Seite 2

Wirkungskreis der gesetzlichen Betreuung

Hausarzt

Krankenkasse

Zuzahlungspflicht

**Unterbringungs-
wunsch stationär
Unterbringungs-
wunsch betr. Wh.
Dringlichkeit der
Aufnahme
Bestätigte
Pflegestufe**

Rente

Zahlungspflicht

**Zuständiges
Sozialamt**

**Hinweise,
Ergänzungen**

Name		Telefon 1	
Strasse/PLZ/Ort		Telefon 2	
E-Mail	Fax	Telefon 3	
Name		Telefon	
Strasse/PLZ/Ort			
Ist der Antragsteller von der Zuzahlungspflicht für Medikamente befreit? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Einzelzimmer <input type="checkbox"/>	Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	Einzel- oder Doppelz. <input type="checkbox"/>	
Wohnung mit 50m ² <input type="checkbox"/> (1,5 Zimmer)	Wohnung mit 60m ² <input type="checkbox"/> (2 Zimmer)	Wohnung mit 70m ² <input type="checkbox"/> (2 Zimmer)	
Hoch (baldmöglichst) <input type="checkbox"/>	Mittel <input type="checkbox"/>	Niedrig (vorsorglich) <input type="checkbox"/>	
Pflegestufe 0 <input type="checkbox"/>	Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/>	Pflegestufe 2 <input type="checkbox"/>	Pflegestufe 3 <input type="checkbox"/>
Pflegestufe liegt noch nicht vor <input type="checkbox"/>		Antrag auf Einstufung <input type="checkbox"/> Höherstufung <input type="checkbox"/> gestellt am:	
Art		Höhe	
Art		Höhe	
Selbstzahler <input type="checkbox"/>	Angehörige <input type="checkbox"/>	Sozialamt <input type="checkbox"/>	
Ort		Telefon	
Strasse/PLZ/			
Ort	Unterschrift des Antragstellers		Unterschrift des Aufzunehmenden
Datum			