

Anmeldung zur Aufnahme

Seite 1

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

- stationäre Dauerpflege Kurzzeitpflege Tagespflege
 Betreutes Wohnen

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

Anmeldung zur Aufnahme

Seite 2

mehr als Pflege

Wirkungskreis der gesetzlichen Betreuung

Hausarzt

Krankenkasse

Zuzahlungspflicht

**Unterbringungs-
wunsch stationär
Unterbringungs-
wunsch betr. Wh.
Dringlichkeit der
Aufnahme
Bestätigter
Pflegegrad**

Zahlungspflicht

Rechnungsempfänger

**Hinweise,
Ergänzungen**

Name		Telefon		
Strasse/PLZ/Ort		Fax		
E-Mail				
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"/>
Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/>	Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/>	Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/>	Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/>	Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/>
Liegt noch nicht vor <input type="checkbox"/>		Antrag auf Einstufung <input type="checkbox"/> Höherstufung <input type="checkbox"/> gestellt am:		
Selbstzahler <input type="checkbox"/>		Angehörige <input type="checkbox"/>		Sozialamt <input type="checkbox"/>
Ort		Datum		
Unterschrift des Antragstellers		Unterschrift des Aufzunehmenden		