



Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten ärztlichen Fragebogen zur Heimaufnahme zusenden)

1. Name, Vorname _____

2. Adresse: _____

Straße, PLZ/Ort _____
Telefon: _____

3. Derzeitiger Aufenthalt _____

Straße, PLZ/Ort _____
Telefon: _____

4. geb. am _____ Ort: _____

5. Familienstand _____ 6. Konfession _____

7. Staatsangehörigkeit _____

8. Angehörige/Ansprechpartner

a) Name: _____ wie verwandt _____

Straße, PLZ/Ort _____ Tel.: _____

_____ Handy: _____

_____ Fax: _____

b) Name: _____ wie verwandt _____

Straße, PLZ/Ort _____ Tel.: _____

_____ Handy: _____

_____ Fax: _____

9. Betreuer: _____

(gerichtlich bestellt)

Straße, PLZ/Ort _____

Tel.: _____ Handy: _____ Fax: _____

9. a) Sofern keine gerichtlich bestellte Betreuung vorliegt, benennen Sie bitte vorhandene Vollmachten, Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen

1. _____
2. _____

Bitte Kopien beifügen !

10. Hausarzt: _____
Straße, PLZ/Ort _____

Tel.: _____ Handy: _____ Fax: _____

11. Kranken-
/ Pflegekasse

Krankenkasse: _____ Krankenvers.-Nr. : _____

Besteht eine Beihilfeberechtigung – wenn ja durch wen: _____

Pflegestufe beantragt am: _____ Bereits in Pflegestufe _____ eingestuft

Höherstufung beantragt am: _____

12. Gewünschte / mögliche

Wohnform: Einzelzimmer Doppelzimmer

Termin zur Aufnahme: **dauerhaft** (vollstationär) ab: _____

Terminwunsch **Kurzzeitpflege** vom: _____ bis _____

Ort _____

Datum _____

Unterschrift des Anmeldenden bzw.
Betreuers / Bevollmächtigten

Wenn nicht identisch mit Anmelder, auch
Unterschrift des Aufzunehmenden
soweit möglich