

- ☐ Dringende Anmeldung
☐ Vorsorgliche Anmeldung
☐ Vollstationäre Pflege

☐ Kurzzeitpflege

Wunsch: ☐ Doppelzimmer
☐ Einzelzimmer

Anmeldedatum: _____

Angaben zur Person:

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Adresse: _____

Telefon / Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Patientenverfügung vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein (Bitte Kopie der Patientenverfügung beilegen!)

Angehörige / Bezugspersonen

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon / Mobil: _____

Email: _____

Wie verwandt: _____

Vorsorgevollmacht: ☐ Ja ☐ Nein (Bitte Kopie der Vollmacht beilegen!)

Betreuung / Vorsorgevollmacht / Rechnungsempfänger

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon / Mobil: _____

Email: _____

Wie verwandt: _____

Vorsorgevollmacht: ☐ Ja ☐ Nein (Bitte Kopie der Vollmacht beilegen!)

IBAN, falls Sepa Mandat gewünscht: _____

Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Momentaner Pflegegrad: _____

- ☐ Antrag für Einstufung / Höherstufung bereits gestellt
☐ Noch keine Einstufung

Schwerbehindertenausweis ☐ liegt vor ☐ liegt nicht vor

Zuzahlungsbefreiung Arzneimittel Krankenkasse: Ja: _____ Nein: _____
(Bitte Kopie beilegen!)

Hausarzt: _____ Anschrift: _____

Angaben über die Bezahlung der Heimkosten:

☐ Selbstzahler ☐ das zuständige Landratsamt/Sozialamt)

Ort: _____

Antrag beim Landratsamt: ☐ ist bereits gestellt ☐ wird gestellt

Hilfe zur Pflege / Sozialhilfe wird bereits bezogen: ☐

Diagnosen und Besonderheiten:
