

Vermögenssorge Sonstiges _____
 Vorsorgevollmacht: ja nein

Wenn ja, Name und Anschrift mit Telefon Nr. des Bevollmächtigten

(Vollmacht in Kopie beifügen)

Für welche Bereiche gilt die Vollmacht?

- Gesundheitsorge Aufenthaltsbestimmungsrecht
 Post und Fernmeldeverkehr Vertretung vor Behörden und Gerichten
 Vermögenssorge Sonstiges _____

Liegt eine Patientenverfügung vor? ja *(in Kopie beifügen)* nein
 oder soll eine erstellt werden? ja nein

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? ja nein

Kennzeichen: _____ in Prozent: _____

Freiheitsentziehende Maßnahmen:

Liegt ein Beschluss über freiheitsentziehende Maßnahmen vor? ja nein

(Wenn ja, Kopie über Beschluss beifügen)

Bestattungsinstitut:

Liegt aktuell eine Infektion vor? ja nein

Kontaktpersonen:

Name: Adresse: Tel. Nr.: Handy: E- Mail: Verwandtschaftsgrad (Rechtsverhältnis): Sonstige:	Name: Adresse: Tel. Nr.: Handy: E- Mail: Verwandtschaftsgrad (Rechtsverhältnis): Sonstige:
--	--

Besondere Wünsche / Anliegen:

--	--

Ort

Datum

Unterschrift des Antragsstellers

Sollten Sie eine Kostenübernahme beim Bezirk beantragen, benötigen wir eine Kopie des Antrages und ebenfalls eine Kopie des Rentenbescheides.

Freigabe	Bearbeiterinnen / Bearbeiter	Ausgabe	Datum	Seite
GF 2017-04	Qualitätsmanagement	3	12.04.17	2 von 2
©				

Haus am Rosepark, Heinrich-Fickenscherstr. 1, 95448 Bayreuth

Aufnahmeantrag / Anmeldung

Der Antrag / die Anmeldung über diesen Einzugswunsch ist unverbindlich; Sie gehen noch keinen Vertrag ein.

Name: **geborene:**

Vorname:

Geburtsdatum: **Geburtsort:**

Konfession: **Staatsangehörigkeit:** **ehemaliger Beruf:**

Familienstand: verwitwet ledig verheiratet geschieden

Bisherige Anschrift:

Rechnungsempfänger:

Gewünschter Einzugstermin:

Stationär Kurzzeitpflege Verhinderungspflege

Hausarzt:

Telefon Nr.

Facharzt:

Telefon Nr.

Krankenkasse / Pflegekasse

Versicherungsnummer.:

gültig bis: **Status**

Anschrift der Krankenkasse:

Beihilfeversicherung: ja nein

Anschrift der Beihilfeversicherung:

Zuzahlungsbefreiung: ja nein

Vorhandener Pflegegrad:

1 2 3 4 5 Schnelleinstufung

Wurde ein aktueller Antrag auf Ein- oder Höherstufung gestellt?

ja, wann nein

Selbstzahler: ja nein

Sonstiger Kostenträger (Sozialverwaltung / Beihilfe / Privatversicherung):

Rentenbescheid / Einkommensnachweis vom (in Kopie vorlegen):

Gesetzliche Betreuung: ja nein

wenn ja, Name und Anschrift mit Telefon Nr. / Handynummer des Betreuers:

(Betreuerausweis und Betreuungsbeschluss in Kopie beifügen)

Für welche Bereiche gilt die gesetzliche Betreuung?

Gesundheitssorge Aufenthaltsbestimmungsrecht
 Post und Fernmeldeverkehr Vertretung vor Behörden und Gerichten

Freigabe	Bearbeiterinnen / Bearbeiter	Ausgabe	Datum	Seite
GF 2017-04	Qualitätsmanagement	3	12.04.17	1 von 2
©				