

## Aufnahmeantrag / Anmeldung

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

**Zuname:** \_\_\_\_\_ **geborene:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**Konfession:** \_\_\_\_\_ **Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:**  verwitwet  ledig  verheiratet  geschieden

**Bisherige Anschrift:** \_\_\_\_\_

**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?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge          | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht           |
| <input type="checkbox"/> Post und Fernmeldeverkehr | <input type="checkbox"/> Vertretung vor Behörden und Gerichten |
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge            | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                       |

Freigabe	Bearbeiterinnen / Bearbeiter	Ausgabe	Datum	Seite
GF 2017-01	Qualitätsmanagement	2	05.01.17	1 von 2
©				

Vorsorgevollmacht:  ja  nein

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

*(Vollmacht in Kopie beifügen)*

Für welche Bereiche gilt die Vollmacht?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsorge           | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht           |
| <input type="checkbox"/> Post und Fernmeldeverkehr | <input type="checkbox"/> Vertretung vor Behörden und Gerichten |
| <input type="checkbox"/> Vermögensorge             | <input type="checkbox"/> 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)*

Kontaktpersonen:

<b>Name:</b> <b>Adresse:</b>  <b>Tel. Nr.:</b> <b>Handy:</b> <b>E- Mail:</b> <b>Verwandtschaftsgrad (Rechtsverhältnis):</b>  <b>Sonstige:</b>	<b>Name:</b> <b>Adresse:</b>  <b>Tel. Nr.:</b> <b>Handy:</b> <b>E- Mail:</b> <b>Verwandtschaftsgrad (Rechtsverhältnis):</b>  <b>Sonstige:</b>
---	---

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 2017-01	Qualitätsmanagement	2	05.01.17	2 von 2
©				