

Name der Einrichtung / Adresse

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

Vermögenssorge Sonstiges _____

Vorsorgevollmacht: ja nein

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

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

(Vollmacht in Kopie beifügen)

Für welche Bereiche gilt die Vollmacht?

Gesundheitsorge

Post und Fernmeldeverkehr

Vermögensorge

Aufenthaltsbestimmungsrecht

Vertretung vor Behörden und Gerichten

Sonstiges _____

**Liegt eine Patientenverfügung vor?
oder soll eine erstellt werden?**

ja *(in Kopie beifügen)* **nein**

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