



Anmeldung zum Einzug vollstationär Kurzzeitpflege

Name, Vorname:	_____	Telefon:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsort:	_____
Geburtsname:	_____	Familienstand:	_____
Anschrift:	_____	_____	_____
	(Straße/Hausnummer)		(PLZ/Ort)
Aufenthalt z. Zt.	Telefon: _____	(z. B. Krankenhaus)	
Konfession:	<input type="checkbox"/> RK <input type="checkbox"/> EV andere: _____	Staatsangeh.: <input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> _____
			andere

Gewünscht wird:
<input type="checkbox"/> dringend <input type="checkbox"/> vorsorglich
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer

Angehörige (auch nahestehende Bekannte)			
1.			
Name, Vorname:	_____	Telefon:	_____
Verwandtschaftsgrad:	_____	E-Mail:	_____
Anschrift:	_____	_____	_____
	(Straße/Hausnummer)		(PLZ/Ort)
2.			
Name, Vorname:	_____	Telefon:	_____
Verwandtschaftsgrad:	_____	E-Mail:	_____
Anschrift:	_____	_____	_____
	(Straße/Hausnummer)		(PLZ/Ort)

Privat versichert

Gesetzlich versichert

Krankenkasse/Versicherung: _____ beihilfeberechtigt? ja

Anschrift der Kasse: _____

Die Kosten zur Unterbringung werden aufgebracht durch:

Rente

Vermögen

Mir ist bekannt, dass ich bei nicht ausreichendem Einkommen zur Deckung der Kosten einen Antrag beim zuständigen Sozialamt **vor Einzug** stellen muss.

Wurden sie bereits vom MDK besucht? ja nein

Welchem Pflegegrad sind Sie zugeordnet? 1 2 3 4 5

Gesetzlicher Betreuer/Vorsorgevollmacht

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Bestellt seit: _____

E-Mail: _____

Anschrift: _____

(Straße/Hausnummer)

(PLZ/Ort)

Wirkungskreis:

Vermögenssorge Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge

Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

(Straße/Hausnummer)

(PLZ/Ort)

Ort, Datum

Unterschrift