

# Anmeldebogen



Bitte Zutreffendes ankreuzen/ ausfüllen

Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Einzug/Beginn der Versorgung \_\_\_\_\_

Vertragsbeginn \_\_\_\_\_

für \_\_\_\_\_  
Name Einrichtung

Zimmer-Nr. \_\_\_\_\_ Stockwerk \_\_\_\_\_

## Personendaten

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Personalausweis  ja (Kopie)  nein Patientenverfügung  ja (Kopie)  nein Impfausweis  ja (Kopie)  nein

## Krankenkasse/Pflegekasse

Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiung  ja (Kopie)  nein Beihilfeberechtigt  ja (Kopie)  nein

Zuordnung Pflegegrad beantragt  ja  nein Bescheid für Pflegegrad liegt vor  1  2  3  4  5 (Kopie)

Vollstationäre Pflege in der Vergangenheit  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## Kostenträger

Selbstzahler  ja  nein Antrag auf Sozialhilfe  ja  nein

## Rechnungs- sowie Postversand:

1. Versand der privaten Post sowie Heimkostenrechnungen jeweils am 1. Freitag im Monat per Post an die jeweilige Bezugsperson:  
 ja  nein

Bezugsperson: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

2. Versand der privaten Post sowie Heimkostenrechnungen jeden Freitag per Mail an die jeweilige Bezugsperson. Hierbei ist zu beachten, dass die Post geöffnet und eingescannt werden muss.

Ich stimme zu, dass die Briefe vom Büropersonal geöffnet und eingescannt werden dürfen :  ja  nein

Bezugsperson: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

## Ehegatte, Angehörige bzw. Kontaktpersonen

### Betreuung/Vollmacht

ja (Kopie)

Betreuung ist beantragt

ja

nein

a)

Name	Vorname	Verwandschaftsgrad
Straße	PLZ/Ort	Telefon/Fax
E-Mail	Mobiltelefon	<input type="checkbox"/> Benachrichtigung auch nachts

### Betreuung/Vollmacht

ja (Kopie)

Betreuung ist beantragt

ja

nein

b)

Name	Vorname	Verwandschaftsgrad
Straße	PLZ/Ort	Telefon/Fax
E-Mail	Mobiltelefon	<input type="checkbox"/> Benachrichtigung auch nachts

### Betreuung/Vollmacht

ja (Kopie)

Betreuung ist beantragt

ja

nein

c)

Name	Vorname	Verwandschaftsgrad
Straße	PLZ/Ort	Telefon/Fax
E-Mail	Mobiltelefon	<input type="checkbox"/> Benachrichtigung auch nachts

### Betreuung/Vollmacht

ja (Kopie)

Betreuung ist beantragt

ja

nein

d)

Name	Vorname	Verwandschaftsgrad
Straße	PLZ/Ort	Telefon/Fax
E-Mail	Mobiltelefon	<input type="checkbox"/> Benachrichtigung auch nachts

## Sterbefall

Sachverwalter	Verwandschaftsgrad
Bestattungsinstitut	Bestattungsort

Hausarzt \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Facharzt für \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Facharzt für \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### Weitere Informationen:

Die Kleidung ist beschriftet  ja  nein (Kleidung wird gesammelt) **NUR KURZZEITPFLEGE**

Die Kleidung wird von der jeweiligen Bezugsperson beschriftet  ja  nein

Die Kleidung soll von der Pflegeeinrichtung zu den untenstehenden Konditionen gepatcht werden  ja  nein  
(Das Patchen der Kleidung wird pro Kleidungsstück mit 0,80 € berechnet (Socken werden Paarweise abgerechnet))

Für nicht beschriftete Kleidung sowie heraus gewaschene Beschriftungen und somit nicht mehr personalisierbare Kleidungsstücke übernimmt die Einrichtung keinerlei Haftung.

Recht am eigenen Bild:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Bild oder das Bild meines Angehörigen zu Werbezwecken verwendet werden kann.

ja  nein

**Bei Übernahme in die Langzeitpflege ist es Verpflichtend eine Ummeldung des Wohnsitzes vorzunehmen.  
Eine Meldebescheinigung muss spätestens am 14 Tag nach Übernahme in die Langzeitpflege in der Verwaltung abgegeben werden.**

**Zur Kurzzeitpflegeaufnahme müssen sämtliche Medikamente für den gesamten Kurzzeitpflegezeitraum vom Bewohner selbst mitgebracht werden.**

### Wünsche und Anregungen

---

---

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Werbeanzeige  Telefonbuch  Empfehlung  Sonstiges \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Angehöriger  Bevollmächtigter  Betreuer