

## Anmeldebogen

**für** \_\_\_\_\_  
Name Einrichtung/Mobile Dienste

### Bitte Zutreffendes ankreuzen

- Pflegeheim     EZ     DZ  
 Tagespflege     Betreutes Wohnen  
 Ambulant betreute Wohngemeinschaft  
 Ambulante Pflege  
 Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

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

### Personendaten

\_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Telefon/Fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bundesland \_\_\_\_\_ Ortsteil/Gemeinde \_\_\_\_\_ Landkreis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus usw.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Religionszugehörigkeit\* \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Datum und Ort der Eheschließung\*  
 ja (Kopie)     ja (Kopie)     nein     nein  
Personalausweis    Patientenverfügung  
\* freiwillige Angaben

### 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)

### Kostenträger

Selbstzahler     ja     nein    Antrag auf Sozialhilfe     ja     nein

### Rechnungsempfänger:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Adresse

### Ehegatte, Angehörige bzw. Kontaktpersonen

a) \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Telefon/Fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  Benachrichtigung auch nachts

**b)**

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

**c)**

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

**Betreuung/Vollmacht**  ja (Kopie)      Betreuung ist beantragt  ja  nein

Name/Vorname	Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	E-Mail	Mobil

**Hausarzt**      Hausarztmodell  ja  nein

Name	Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	E-Mail	Sonstiges

**Zahnarzt**

Name	Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	E-Mail	Sonstiges

**Facharzt für** \_\_\_\_\_

Name	Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	E-Mail	Sonstiges

**Wünsche und Anregungen**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Besondere Wünsche für den Fall des Versterbens**

\_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Werbeanzeige  Telefonbuch  Empfehlung  EHS-Pflegeheim  Mobile Dienste  Sonstiges \_\_\_\_\_

Angehöriger  Bevollmächtigter  Betreuer

Ort, Datum

Unterschrift