

## Anmeldebogen

**für Einrichtung** \_\_\_\_\_  
Einrichtungsname

### Bitte Zutreffendes ankreuzen

- Pflegeheim  EZ  
 Tagespflege  DZ  
 Betreutes Wohnen  Wohnung  
 Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_  
 gewünschtes Einzugsdatum: \_\_\_\_\_

### Personendaten

Name	Vorname	Geburtsname
Straße	PLZ/Ort	Telefon/Fax
Bundesland	Ortsteil/Gemeinde	Landkreis
Geburtsdatum	Geburtsort	derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus usw.)
Staatsangehörigkeit	Religionszugehörigkeit	Familienstand
<input type="checkbox"/> ja (Kopie) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Kopie) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verh.
Personalausweis	Patientenverfügung	Datum und Ort der Eheschließung
		<input type="checkbox"/> ja (Kopie) <input type="checkbox"/> nein
		Schwerbehindertenausweis

### Krankenkasse

Name	Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	E-Mail	
Kostenbefreiung <input type="checkbox"/> ja (Kopie) <input type="checkbox"/> nein		Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja (Kopie) <input type="checkbox"/> nein

### Pflegekasse

Name	Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	E-Mail	
Pflegeeinstufung ist beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Bescheid liegt vor für Pflegestufe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (Kopie)

### Kostenträger

Selbstzahler  ja  nein Antrag auf Sozialhilfe  ja  nein

### Ehegatte, Angehörige bzw. Kontaktpersonen

a)

Name	Vorname	wie verwandt
Straße	PLZ/Ort	Telefon/Fax
E-Mail	Sonstiges	

**b)**

Name	Vorname	wie verwandt
_____ Straße	_____ PLZ/Ort	_____ Telefon/Fax
_____ E-Mail	_____ Sonstiges	_____

**c)**

Name	Vorname	wie verwandt
_____ Straße	_____ PLZ/Ort	_____ Telefon/Fax
_____ E-Mail	_____ Sonstiges	_____

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

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

**Hausarzt**

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

**Wünsche und Anregungen** (zu Ernährung; Einrichtungsgegenständen, die mitgebracht werden usw.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Besondere Wünsche für den Fall des Ablebens**

\_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?**

Werbeanzeige    Telefonbuch    Empfehlung    Mobile Dienste    Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Angehöriger    Bevollmächtigter    Betreuer