

Anmeldeformular

vollstationäre Aufnahme
 Kurzzeitpflege
 Service-Wohnen
 Aufnahme in die Warteliste

Gewünschter Aufnahmetermin _____

Persönliche Angaben

Name, Geburtsname _____

Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____

Geburtstag _____ Geburtsort _____ Land _____

Staatsangehörigkeit _____ Familienstand _____ Konfession _____

Ansprechpartner

	Name, Vorname	Anschrift und E-Mail-Adresse	Telefon
amtlich bestellter Betreuer			
Bevollmächtigter			
Hausarzt			
Ansprechpartner			
Ansprechpartner			

Versicherungsverhältnis

Krankenkasse/Pflegekasse _____ Mitgl.-Nr. _____

gesetzliche Versicherung
 Privatversicherung
 Befreiung von der Zuzahlung für Medikamente/Fahrtkosten

Wurde bereits ein Pflegegrad festgesetzt?

ja
 nein
 wenn ja, welcher? _____

Wurde ein Antrag auf Pflegeleistungen/Höherstufung gestellt?

ja
 nein

Erstellt:	S. Grusdat	Datum:	04.02.2020	Version:	1.0	Dokumenttitel:	Anmeldeformular
Freigabe:	H.P. Mayer	Datum:	12.02.2020	Revision:	02.2021	Seitenanzahl:	Seite 1 von 2
Ausdruck unterliegt nicht dem Änderungsdienst							

Finanzielle Angaben

Angaben zum monatlichen Einkommen

Einkommensart	zahlende Stelle	Betrag in €

Barvermögen/Sparbuch/Bankguthaben in € _____

Wurde bereits eine Kostenübernahme beim Sozialhilfeträger beantragt?

ja nein wird beantragt

Kostenübernahmeerklärung

ist beigefügt wird nachgereicht die Kosten werden selbst übernommen

Besondere Hinweise und Bemerkungen

Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer in geschütztem Bereich

Aktueller Aufenthalt in Krankenhaus oder sonstiger Einrichtung?

Wer stellt den Antrag auf Heimaufnahme?

Bemerkungen/Besonderheiten

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen ist beigefügt wird umgehend nachgereicht

Andernach, den _____

Unterschrift des Antragstellers _____

Unterschrift des Bewohners _____

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Die Bestimmungen des Datenschutzes werden entsprechend den gesetzlichen Regelungen eingehalten.