

**Anmeldung zur:**     Heimaufnahme     Kurzzeitpflege     Verhinderungspflege

Vollstationäre Pflege / Aufnahmedatum:.....

Kurzzeit- oder Verhinderungspflege von.....bis.....

**Persönliche Daten:**

Name:.....Vorname:.....

Anschrift:.....

Geburtsname:.....Geb.-Datum:.....

Geburtsort:.....Konfession:.....

Familienstand:.....Anzahl der Kinder:.....

Derzeitiger Aufenthalt:.....

Vorsorgevollmacht             ja             nein

Patientenverfügung             ja             nein

**Betreuer:**

Name:.....

Anschrift:.....

Tel. Nr.:.....Mobil:.....Fax:.....

Mail:.....

**Angehörige:**

1.Name:.....Verw.Grad:.....

Anschrift:.....

Tel.priv.:.....Tel.dienstl.:.....Mobil:.....

2.Name:.....Verw.Grad:.....

Anschrift:.....

Tel.priv.:.....Tel.dienstl.:.....Mobil:.....

**Hausarzt:**

Name / Anschrift:.....

Tel.:.....

**Krankenkasse / Pflegekasse:**

Name / Anschrift:.....

Sachbearbeiter:.....Vers.Nr.:.....

Tel.Nr.:.....Fax:.....

Pflegestufe:  ja Stufe.....  nein  bereits beantragt

Zuzahlungsbefreiung vorhanden:  ja  nein  bereits beantragt

Leistungen nach § 87b vorhanden:  ja  nein  bereits beantragt

**Kostenträger:**

Selbstzahler:  ja  nein

Rechnung an:.....

Kostenträger/Anschrift:.....

Sachbearbeiter:.....

Tel.Nr.:.....Fax:.....Mail:.....

Wohngeld:  ja  nein

Grundsicherung:  ja  nein

**Einzugsermächtigung bezüglich Heim- und Barbetrag:**  ja  nein

**Regelungen im Todesfall:**     Erdbestattung     Feuerbestattung

Bestattungsinstitut:.....

Im Todesfall benachrichtigen:.....

**Telefonanschluss:**     ja (9,00 €/mtl.)     nein

**Zimmerwunsch:**     Einzelzimmer     Doppelzimmer    Zi.-Nr.:.....

Besondere Wünsche:.....