

## Anmeldung

Dauerpflege  Kurzzeitpflege   
Einzelzimmer  Doppelzimmer

### 01. Personalien (bitte unbedingt vollständig ausfüllen)

Familienname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

### 02. Anschrift

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

### 03. Ärztliche Versorgung durch

Name: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

04. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei:  ja  
wird umgehend nachgereicht:

05. vollständiger Impfschutz:  ja, letzte Impfung am: \_\_\_\_\_  
 nein



## 10. Krankenkasse/Pflegekasse

Name: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Medikamentenzuzahlungsbefreiung: ja  nein

## 11. Kostenträger

Die Kosten werden finanziert durch:

Selbstfinanzierung:  Sozialamt:

Renten: \_\_\_\_\_ Vermögen: \_\_\_\_\_

Kriegsopferfürsorge:  Beihilfe:

Ein Kostenübernahmeantrag beim Sozialamt wurde gestellt:  am: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel des Sozialhilfeträgers:

Soll ein Pflegegeldantrag gestellt werden?

### ***Nur möglich wenn das Vermögen 10.000 € nicht überschreitet***

ja  nein

Wenn ja, bitte innerhalb von 14 Tagen einen Termin mit der Verwaltung vereinbaren.

## 12. Angaben zur Pflegeversicherung

Wurde ein Antrag auf eine Pflegegrad gestellt? ja  nein

Liegt die Notwendigkeitsbescheinigung zum Heimeinzug des Medizinischen Dienstes vor?

ja  nein  ist beantragt am: \_\_\_\_\_

Pflegegrad laut Leistungsbescheid: Grad 1:  Grad 2:  Grad 3:  Grad 4:   
Grad 5:

Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine Bestätigung. Ihre persönlichen Daten werden im Sinne des Bundes- Datenschutzgesetzes nur für eigene Zwecke gespeichert.

Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragsstellers: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_