

## 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. amtsrichterliche Betreuung

Besteht seit: \_\_\_\_\_ ist beantragt am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

Aufgabenkreise: Vermögenssorge  Aufenthalt   
Gesundheit  Sonstige

Bitte Kopie der Betreuungsurkunde beifügen!

## 06. Vollmachten

Es besteht eine Vollmacht für:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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

*Bitte Kopie beifügen!*

## 07. Angehörige

1.

2.

3.

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

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

wie verwandt: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

## 08. Mit wem soll der notwendige Schriftwechsel bzw. Kontakt geführt werden?

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

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

## 09. Krankenkasse/Pflegekasse

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

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

Medikamentenzuzahlungsbefreiung: ja  nein

## 10. 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.

## 11. 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: \_\_\_\_\_