



Anmeldung zum Pflege-Wohnen

1. Angaben zur Person

<hr/>	<hr/>
Vor- und Zuname	Geburtsdatum
<hr/>	<hr/>
Straße, Haus-Nr.	Geburtsname
<hr/>	<hr/>
PLZ, Ort	Geburtsort
<hr/>	<hr/>
Telefon-Nr.	Familienstand
<hr/>	<hr/>
E-mail	Konfession
<hr/>	<hr/>
Derzeitiger Aufenthalt (falls abweichend von der Anschrift z.B. Krankenhaus, Reha etc.):	Staatsangehörigkeit
<hr/>	<hr/>
Straße, Haus-Nr.	Datum und Ort der letzten Eheschließung
<hr/>	<hr/>
PLZ, Ort	Erlerner Beruf
<hr/>	<hr/>
Einstufung in die Pflegeversicherung, seit wann	<input type="radio"/> Grad 1 <input type="radio"/> Grad 2 (keine Sozialhilfe ohne bescheinigte Heimbedürftigkeit)
<hr/>	<input type="radio"/> Grad 3 <input type="radio"/> Grad 4 <input type="radio"/> Grad 5
<hr/>	
Gewünschter Aufnahmetermin	

Gewünscht wird:
 Einzelapartment Doppelapartment

Holzhäuser Weg 7
 57299 Burbach-Lützel
 Telefon (02736) 204-0

2. Kontaktadressen

Bitte genaue Adresse und Verwandtschaftsverhältnis angeben (ggf. Nachbar / Bekannter).

<hr/> Vor- und Zuname	<i>1. Person</i>	<hr/> Vor- und Zuname	<i>2. Person</i>
<hr/> Straße, Haus-Nr.		<hr/> Straße, Haus-Nr.	
<hr/> PLZ, Ort		<hr/> PLZ, Ort	
<hr/> Telefon		<hr/> Telefon	
<hr/> E-Mail (für Rechnung)		<hr/> E-Mail (für Rechnung)	

Besteht eine Altersvorsorgevollmacht oder Betreuung?

Wenn ja, bitte Namen und Adresse angeben

ja nein

<hr/> Vor- und Zuname	<hr/> Straße, Haus-Nr.
<hr/> Telefon / E-mail	<hr/> PLZ, Ort

3. Angaben zur Gesundheitssituation

<hr/> Krankenkasse / Pflegekasse	<hr/> Hausarzt
<hr/> Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort	<hr/> Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort
<hr/> Versicherten-Nr.	<hr/> Telefon

Sind **Weglauftendenzen** vorhanden? Ja Nein

Ärztlicher Fragebogen liegt bei
oder wird vor Einzug übersandt

Besondere Kostform erforderlich
wenn ja, welche

Diabetiker, Magen- Schon-Kost etc.

4. Kostenträger

Die Kosten, die nicht durch die Pflegekasse gedeckt sind, werden aufgebracht durch
Eigenes Einkommen

Zuzahlung aus eigenen Ersparnissen
(durch den Verkauf von Eigentum oder Barvermögen)

Zuzahlung anderer Personen

Unterstützung durch Kommune / Kreis

Zuständiger Sozialhilfeträger

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

(Erst ab Pflegegrad 3 oder bescheinigter
Heimbedürftigkeit)

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

5. Allgemeine Angaben

Testament ist vorhanden und wurde hinterlegt

Notar / Privatperson

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Ort, Datum

Arzneimittelbefreiung liegt vor

gültig bis

Unterschrift des Antragsstellers

Unterschrift des Bevollmächtigten / Betreuers

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?

- Durch eine Anzeige in der Zeitschrift „IDEA“.
- Durch eine Anzeige in der Zeitschrift „Perspektive“.
- Durch eine Anzeige in der Zeitung _____
- Durch das Internet/Suchmaschine.
- Durch Informationen aus meinem Freundes-/Bekanntkreis.