

Unverbindliche Anmeldung zum Pflege-Wohnen

1. Angaben zur Person

 Vor- und Zuname

 Geburtsdatum

 Straße, Haus-Nr.

 Geburtsname

 PLZ, Ort

 Geburtsort

 Telefon-Nr.

 Familienstand

 E-mail

 Konfession

 Derzeitiger Aufenthalt (falls abweichend von
der Anschrift z.B. Krankenhaus, Reha etc.):

 Staatsangehörigkeit

 Datum und Ort der letzten Eheschließung

 Straße, Haus-Nr.

 Erlernter Beruf

 PLZ, Ort

☐ Grad 1 ☐ Grad 2
 (keine Sozialhilfe ohne bescheinigte
 Heimbedürftigkeit)

**Einstufung in die Pflegeversicherung,
seit wann**

☐ Grad 3 ☐ Grad 4 ☐ Grad 5

Gewünschter Aufnahmeterrn:

- ☐ dringend (Einzug sofort möglich)
☐ bei Bedarf (aktuell nicht absehbar)

*(Bitte beachten Sie unsere Wartezeiten.
 Kurzfristige Einzüge sind nicht möglich)*

Gewünscht wird:

 Einzelapartment ☐ Doppelapartment ☐

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

2. Kontaktadressen

Bitte alle Daten der zuständigen bevollmächtigten Angehörigen oder Betreuern, die sich für alle rechtlichen Angelegenheiten verpflichten, angeben (Bsp.: Organisation des Ein- und Auszuges, Verträge, Anträge). Bitte genaue Adresse und Verwandtschaftsverhältnis angeben (ggf. Nachbar / Bekannter).

Bitte Vollmacht oder Betreuungsurkunde beilegen.

1. Ansprechpartner

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

2. Ansprechpartner

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Ansprechpartner bei Rückfragen:

☐ 1. Ansprechpartner ☐ 2. Ansprechpartner ☐ Interessent selbst

3. Angaben zur Gesundheitssituation

Krankenkasse / Pflegekasse

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Versicherten-Nr.

Hausarzt

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Vorerkrankungen: _____

Wenn ja welche: _____

Sind **Weglauftendenzen** vorhanden? Ja ☐ Nein ☐

Ist eine besondere **Kostform** erforderlich Ja ☐ Nein ☐

Größe _____
Gewicht _____

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)

Beihilfeberechtigt ja ☐ nein ☐

Beihilfestelle: _____

Unterstützung durch Kommune / Kreis ☐

Zuständiger Sozialhilfeträger

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Zuzahlung anderer Personen ☐

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Datum der Anmeldung