



(unverbindliche) ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Gewünschter Einzugstermin: sofort: _____ bestimmter Termin: _____
Einzelzimmer: Doppelzimmer: beliebig:

PERSONALIEN

Familiennamen: _____ Geburtsnamen: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Landkreis: _____

Familienstand: Ledig verheiratet geschieden verwitwet

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____ Zahl der Kinder: _____

Krankenkasse/Ort: _____

Ist bereits eine Einstufung durch den MDK erfolgt? ja nein

Eingestuft in Pflegestufe: 0 1 2 3

Hausarzt: _____ Anschrift/Telefon: _____

Hauptwohnsitz des Antragstellers / der Antragstellerin:

Wohnort: _____ Straße: _____ Telefon: _____

DERZEITIGER AUFENTHALT:

in der eigenen Wohnung lebend (Anschrift wie oben)

mit Kindern / Verwandten / Bekannten zusammenlebend unter nachstehender

Adresse:

Name:

Telefon:

Wohnort: _____

Straße: _____

zur Zeit im Krankenhaus oder ähnlicher Einrichtung unter nachstehender Adresse:

Name:

Telefon:

Wohnort: _____

Straße: _____

Zuständiger Ansprechpartner im Krankenhaus: _____

ANSPRECHPARTNER FÜR DIE EINRICHTUNG:

Name: _____ Vorname: _____ Telefon: _____

Verwandtschaftsverhältnis / Funktion: _____

Wohnort:

Straße:

BETREUUNGSVERHÄLTNIS/VOLLMACHTEN:

Besteht für Sie eine amtliche Betreuung? ja nein beantragt

Wer ist / wird amtlich bestellte/r Betreuer/in? Name:

Ort: _____ Straße: _____ Telefon: _____

Haben Sie eine Person Ihres Vertrauens schriftlich bevollmächtigt, die Sie bei der Wahrnehmung Ihrer persönlichen Interessen unterstützt? nein Ja (Bitte Bevollmächtigten und Umfang der Vollmacht angeben)

ANGEHÖRIGE / NAHESTEHENDE PERSONEN:

1. Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name: _____ Vorname: _____ Telefon: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

2. Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name: _____ Vorname: _____ Telefon: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

3. Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name: _____ Vorname: _____ Telefon: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Sind folgende Papiere/Unterlagen vorhanden?

Personalausweis	ja	nein
Stammbuch bzw. Geburtsurkunde	ja	nein
Schwerbehindertenausweis	ja	nein
Befreiung von der Zuzahlung zu den Kosten der Arznei-, Verband-, Heilmittel und Fahrtkosten	ja	nein
Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht	ja	nein

Ort/Datum: _____

Unterschrift (InteressentIn): _____

Unterschrift (BetreuerIn): _____