

Anmeldeformular

Persönliche Daten:

Nachname: Vorname: Ledigen Name:

Wohnanschrift: PLZ: Ort:

Geb.datum: Geb.ort: Staatsangehörigkeit:

Personenstand: verh. verw. gesch. ledig getrennt

Krankenversicherung bei: Vers. Nr:

Hausarzt:

Pflegegeld: ja nein Pflegestufe aktuell:

Antrag auf Mindestsicherung wurde gestellt:

ja am..... nein ist in Arbeit

Rezeptgebührenbefreiung: ja (bis) Dauerbefreit nein

Form der Aufnahme:

Daueraufnahme: ab

Urlaubs- / Kurzzeitpflege: in der Zeit vom:, bis:

Übergangspflege: in der Zeit vom:, bis:

Aufnahme über Case und Care

JA Nein Sachbearbeiter:

Übernahme von:

zu Hause [Medikamentenverordnung (falls vorhanden) beilegen!]

Krankenhaus [Kopie ärztliches Attest, medizinische Diagnosen,
Medikamentenverordnung (falls vorhanden) beilegen]

Reha [Kopie ärztliches Attest, medizinische Diagnosen,
Medikamentenverordnung (falls vorhanden) beilegen]

Kontaktpersonen zu Bewohner

1. Ansprechperson (Vertrauensperson):

Name: Vorname:

Wohnanschrift: PLZ: Ort:

Tel: E-Mail:

2. Ansprechperson

Name: Vorname:

Wohnanschrift: PLZ: Ort:

Tel: E-Mail:

Rechnungsempfänger:

1. Ansprechperson (Vertrauensperson):

2. Ansprechperson

3. Andere

Name: Vorname:

Wohnanschrift: PLZ: Ort:

Tel: E-Mail:

Besteht eine Erwachsenenvertretung (bisher Sachwalterschaft)?

JA

Nein

Wenn JA bitte Name und Anschrift bekannt geben!

Name: Vorname:

Wohnanschrift: PLZ: Ort:

Tel: E-Mail:

Bitte unbedingt eine Kopie vom Bescheid beilegen!

Ich/wir bestätigen, alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben!

Erst nach Vorlage des vollständig ausgefüllten Anmeldeformulars, sowie der angeführten Dokumente sind wir in der Lage Ihre Anmeldung durchzuführen.

Datum:.....

Unterschrift: