



Senioren	Eingangsvermerke der Einrichtung
-----------------	----------------------------------

Anmeldung zur Aufnahme unverbindlich	Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen entsenden.
---	--

Anfrage bezüglich	Stationäre Pflege <input type="checkbox"/>	Demenz-pflege <input type="checkbox"/>	Kurzzeit-pflege <input type="checkbox"/>	Tages-pflege <input type="checkbox"/>
--------------------------	--	--	--	---------------------------------------

Vorname- und Zuname				
----------------------------	--	--	--	--

Geburtsname				
--------------------	--	--	--	--

Geburtsdatum/-ort	Geburtsdatum	Geburtsort
--------------------------	--------------	------------

Adresse	Straße, Nr. _____
	PLZ / Ort _____
	Telefon _____
	E-Mail _____

Beruf			
--------------	--	--	--

Familienstand			
----------------------	--	--	--

Konfession			
-------------------	--	--	--

Staatsangehörigkeit			
----------------------------	--	--	--

Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder anderer stationärer Einrichtung bitte entsprechende Adresse angeben)	Straße, Nr. _____
	PLZ / Ort _____
	Telefon _____



Angehörige	Vor- und Zuname	_____	
	Verwand- schaftsgrad	_____	
	Straße, Nr.	_____	
	PLZ/Ort	_____	
	Telefon	_____	
	E-Mail	_____	
	Angehörige	Vor- und Zuname	_____
Verwand- schaftsgrad		_____	
Straße, Nr.		_____	
PLZ/Ort		_____	
Telefon		_____	
E-Mail		_____	
Angehörige		Vor- und Zuname	_____
	Verwand- schaftsgrad	_____	
	Straße, Nr.	_____	
	PLZ/Ort	_____	
	Telefon	_____	
	E-Mail	_____	
	Betreuung (nach Betreuungsrecht)	Besteht eine Betreuung	Ja <input type="checkbox"/>
Betreuung beantragt		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Vollmacht vorhanden		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>



Wenn ja,	Vor- und Zuname des Betreuers/ der Betreuerin _____	
	Straße, Nr. _____	
	PLZ/Ort _____	
	Telefon _____	
	E-Mail _____	
Wirkungskreis der Betreuung		
Hausarzt	Name Straße, Nr. PLZ/Ort Telefon/Fax E-Mail	
Krankenkasse	Name Versicherten- nummer _____	
Zuzahlungs- befreit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Pflegestufe	Keine <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> III+ <input type="checkbox"/> Pflegestufe beantragt <input type="checkbox"/>	
Pflegegrad (ab 01.01.2017)	Kein <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt <input type="checkbox"/>	
Gewünschte Unterbringung (entfällt bei Tagespflege)	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	
Wunschtermin zur Aufnahme	Datum _____	
	Bei Kurzzeitpflege von _____ bis _____	



Woher haben Sie Kenntnis von der Einrichtung Internet, Presse, Empfehlung z. B. vom Hausarzt usw.	
Kostenträger	Pflegekasse <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/>
Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sozialhilfeantrag ist gestellt <input type="checkbox"/> Seit _____ Wenn ja, welches Sozialamt?
Bankverbindung	Geldinstitut _____ IBAN _____ BIC _____

Ort, Datum

Interessentin/Interessent

Vertreten durch:
