

Anmeldung zur Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.	
1. Zuname: (Familiennamen, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)	
2. Vorname(n): (Rufname bitte unterstreichen)	
3. Wohnung: (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnsitz, Gemeinde) _____ (Straße und Hausnummer)
4. Nebenwohnung: (Mit zweitem Wohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnsitz, Gemeinde) _____ (Straße und Hausnummer)
5. Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim?	_____ (Name des Krankenhauses oder des Heims) _____ (Anschrift des Krankenhauses oder des Heims)
Annahmetag: _____	Aufnahmegrund: _____
6. Geburtsdaten: (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben)	am: _____ in: _____
7. Familienstand:	8. Konfession:
9. Staatsangehörigkeit:	
10. Angehörige:	
a) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname)
_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer)
Telefon _____	E-Mail-Adresse _____
b) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname)
_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer)
Telefon _____	E-Mail-Adresse _____
c) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname)
_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer)
Telefon _____	E-Mail-Adresse _____
(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)	

11. Betreuer:	
(Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen)	_____ (Vor- und Zuname)
	_____ (Straße und Hausnummer)
12. Impfstatus (Beim Einzug den Impfnachweis vorlegen): _____	
13. Krankenkasse:	
14. Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welcher? _____; ab _____	
15. Versicherungsverhältnis: (gesetzlich / privat)	
16. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:	
17. Zuzahlungsbefreit:	bei Arzneimitteln: bei Kuren, Transporten, Physiotherapie:
18. Name des Hausarztes:	Dr.: Anschrift:
19. Monatliches Einkommen: (nach heutigem Stand)	

(Name und Anschrift der Pflegeversicherung)	
20. Gewünschte Unterbringung: (Zutreffende bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
21. Termin: (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)	
22. Besondere Wünsche? (Welche? Warum?)	
23. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?	
	_____ (Vor- und Zuname)
	_____ (Straße und Hausnummer)
	_____ (In welcher Eigenschaft?)

