

## Anmeldung zur Aufnahme

**Wichtig: bitte ausfüllen, da sonst keine Aufnahme möglich ist!**

zutreffendes bitte ankreuzen

- vorsorgliche Anmeldung  
 vollstationäre Pflege

- Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Tagespflege

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.- Datum \_\_\_\_\_

Geb.-Ort \_\_\_\_\_

Geb.- Name \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### Derzeitiger Aufenthalt

- wie oben  
 Krankenhaus/ andere Einrichtung

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Aufnahmegrund \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Ansprechpartner (in) – auch während einer Kurzzeitpflege

1. Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

E- Mail: \_\_\_\_\_

2. Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

E- Mail: \_\_\_\_\_

Gerichtlich Bestellte(r) Betreuer(in)

ja  nein

Inhaber(in) von Vollmachten

ja  nein

Patientenverfügung

ja  nein

Nachweis jeweils bitte beifügen (Kopie)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_ E- Mail \_\_\_\_\_

Umfang der Vollmacht \_\_\_\_\_

Betreuung wird / ist angeregt bzw. beantragt

ja  nein

Umfang der Vollmacht \_\_\_\_\_



Hausarzt  kommt ins Haus  ja  nein

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**ggf. behandelnder Facharzt**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Krankenkasse/ Pflegekasse \_\_\_\_\_ Vers.Nr. \_\_\_\_\_

Befreiung von Rezeptgebühren  ja  nein

Einstufung der Pflegekasse/ Krankenkasse in Grad  1  2  3  4  5

**Achtung!** Die Zusage der Kostenübernahme der Pflegekasse/ Krankenkasse muss **spätestens am Aufnahmetag** beantragt sein!

Zusage der Kostenübernahme  liegt vor  ist beantragt

**KOSTENREGELUNG BEI AUFNAHME**

**Achtung – unbedingt ausfüllen!**

- Leistungen der Pflegekasse/ Krankenkasse
- eigenes Einkommen
- Leistungen vom Versorgungsamt Art: \_\_\_\_\_
- Beihilfe
- Kostenübernahme ist beim zuständigen Sozialamt in \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ beantragt

**Wer soll die Rechnung über den Eigenanteil erhalten?**

Bewohner/ Gast  1. Ansprechpartner(in)  2. Ansprechpartner(in)

**Bankverbindung**

BIC \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

**Besondere Wünsche** (z.B. Zimmerwunsch, Mitnahme von Möbeln, persönliche Gegenstände)

\_\_\_\_\_

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei/ wird versandt.

**Vor Beginn der stationären Dauerpflege muss die Vorauszahlung von 1200,- € bezahlt werden  
Vor Beginn der Kurzzeitpflege muss die Vorauszahlung in Höhe von 300,- € bezahlt werden**

Bankverbindung: Volksbank Kinzigtal IBAN DE 82664927000030401700- BIC GENODE61KZT  
Sparkasse Wolfach IBAN DE 476645277600001061556- BIC SOLADES1WOF

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

