

# Anmeldung zur Aufnahme

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

## Persönliche Angaben (zutreffendes bitte ankreuzen)

- vorsorgliche Anmeldung       Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Vollstationäre Pflege       sehr dringend     dringend
- Tagespflege  
 Mo     Di     Mi     Do     Fr     Sa

Nachname		Vorname	
Geb.-Datum		Geb.-Ort	
Geb.-Name		Tel. Nummer	
Straße		Wohnort	
Familienstand		seit	Staatsangehörigkeit
Konfession		erlernter Beruf	

## Derzeitiger Aufenthalt

- wie oben  
 Krankenhaus/ andere Einrichtung

Namen der Einrichtung	
Ort	
Aufnahmegrund	
Tel. Nummer	

## Ansprechpartner (in) – auch während einer Kurzzeitpflege

1.

Name		Vorname	
Straße		Wohnort	
Tel. Nummer		Handy	
Verwandtschaftsgrad		e-Mail	
Im Notfall verständigen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	auch nachts?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vollmacht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

2.

Name		Vorname	
Straße		Wohnort	
Tel. Nummer		Handy	
Verwandtschaftsgrad		e-Mail	

Patientenverfügung       ja       nein

Betreuung wird / ist angeregt bzw. beantragt       ja       nein

Hausarzt kommt ins Haus     ja    nein

Name des Arztes		Tel. Nummer	
Anschrift		Ort	

## ggf. behandelnder Facharzt

Name des Arztes		Tel. Nummer	
Anschrift		Ort	



**Pflegekasse/ Krankenkasse**

Namen der Kasse		Versichertennummer	
-----------------	--	--------------------	--

Befreiung von Rezeptgebühren  ja  nein

Einstufung der Pflegekasse/ Krankenkasse in Grad  0  1  2  3  4  5

Einstufung beantragt  ja  nein

**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**

Name des Kontoinhabers	
------------------------	--

IBAN		BIC	
------	--	-----	--

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

Einzelzimmer  Doppelzimmer

--

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 DE 47664527760001061556- BIC SOLADES1WOF

Ort, Datum

Unterschrift

