

# Anmeldung zur Aufnahme

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

## Persönliche Angaben (zutreffendes bitte ankreuzen)

- vorsorgliche Anmeldung       Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Vollstationäre Pflege       Tagespflege

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	

2.

Name		Vorname	
Straße		Wohnort	
Tel. Nummer		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

- Vollmacht vorhanden:       Generalvollmacht       Teilvollmacht



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

<b>KOSTENREGELUNG BEI AUFNAHME</b>	<b><u>Achtung – unbedingt ausfüllen!</u></b>
<input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegekasse/ Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> eigenes Einkommen	
<input type="checkbox"/> Leistungen vom Versorgungsamt      Art: _____	
<input type="checkbox"/> Beihilfe	
<input type="checkbox"/> 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)

--

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

<b>Vor Beginn der stationären Dauerpflege muss die Vorauszahlung von 1200,- € bezahlt werden</b> <b>Vor Beginn der Kurzzeitpflege muss die Vorauszahlung in Höhe von 300,- € bezahlt werden</b>
Bankverbindung: Volksbank Kinzigtal IBAN DE 82664927000030401700- BIC GENODE61KZT Sparkasse Wolfach IBAN DE 476645277600001061556- BIC SOLADES1WOF

Ort, Datum

Unterschrift