

Vormerkung / Anmeldung



Gewünschter Einzugstermin: _____

- Einzelzimmer Stationär
 Doppelzimmer Kurzzeitpflege

1. Persönliche Angaben:

Name _____ Geburtsname _____
Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße, Nr. _____ Geburtsort _____
PLZ/Ort _____ Telefon _____

Familienstand verheiratet verwitwet
 ledig geschieden getrennt lebend
Konfession kath. ev. andere _____
Staatsangehörigkeit deutsch _____

2. Bitte nennen Sie zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Verwandtschaftsgrad _____	Verwandtschaftsgrad _____
Straße, Nr. _____	Straße, Nr. _____
PLZ/Ort _____	PLZ/Ort _____
Telefon _____	Telefon _____

3. Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Straße/PLZ/Ort _____
Telefon _____ Telefax _____

4. Bitte nennen Sie Ihre Kranken- und Pflegekasse: _____

Straße, Nr. _____
PLZ/Ort _____ pflichtversichert
Mitglieds-Nr. Krankenkasse _____ privat versichert
KV-Status: _____ Kassen-Nr. _____
(Obig genannten Daten sind auf Ihrer Vers.-Karte abzulesen)
 zusätzlich privat versichert

Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor?

Nein Ja
befreit bis _____

➤ Wenn Sie privat versichert oder zusätzlich privat versichert sind:

Name der privaten (Zusatz-) Versicherung _____
Mitglieds-Nr. _____
Straße, Nr. _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ Telefax _____

➤ **Sind Sie beihilfeberechtigt?**

Nein Ja

Beihilfestelle _____
Straße, Nr. _____
PLZ/Ort _____

Aktenzeichen _____
Telefon _____
Telefax _____

5. Ist eine amtliche Betreuung bestellt?

nein ja

Name des Betreuers _____
Straße, Nr. _____

Telefon _____
PLZ/Ort _____

6. Kostenträger:

aus eigenen Mitteln

nein ja

Rechnungsempfänger/in _____
Straße, Nr. _____

Name _____
PLZ/Ort _____

➤ **Liegt ein Bewilligungsbescheid der Pflegekasse vor?**

Nein ja

welche Pflegestufe?

keine Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3 Härtefall

Antrag bei der Pflegekasse wurde gestellt am _____

Leistungen der Pflegeversicherung wurde abgelehnt am _____

➤ **Wurde ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt?**

Nein Ja

beantragt am _____

Sozialamt _____

Sachbearbeiter/in _____

Straße, Nr. _____

Telefon _____

PLZ/Ort _____

Telefax _____

➤ **Erhalten Sie Rente?**

Nein Ja

Rente 1 _____

Rentenzeichen _____

mtl. € _____

Rente 2 _____

Rentenzeichen _____

mtl. € _____

Erhalten Sie eine Pension?

Nein Ja

Besoldungsstelle _____

mtl. € _____

Mitzubringende Unterlagen:

Ärztliches Attest (Original)

Personalausweis (in Kopie)

Bundesvertriebenenausweis (in Kopie)

Schwerbehindertenausweis (in Kopie)

Ort, Datum

Antragsteller/in