

# Anmeldung

für Einrichtung (Name des Hauses): \_\_\_\_\_

- Vollstationäre Pflege** im beschützenden/gerontopsychiatrischen Bereich  
 **Kurzzeitpflege** (sofern vom Haus angeboten)?  ja  nein  
vom \_\_\_\_\_  
bis \_\_\_\_\_

**Art der Unterbringung**    **Art der Anmeldung**

- Einzelzimmer                       dringend  
 Doppelzimmer                     vorsorglich

**Bewerber(in)**

Zuname: \_\_\_\_\_ ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Familienstand:  verheiratet     getrennt lebend     verwitwet     geschieden     ledig

**Derzeitiger Aufenthaltsort**

Einrichtung: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner(in) dort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Angehörige/Bezugspersonen**

1. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

2. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

3. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

**Gesetzliche(r) Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Rechnungsempfänger(in)**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Betreuung                       Vollmacht                      **Bitte Kopie der Urkunde beilegen!**

**Kranken-/Pflegekasse**

Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_ von Zuzahlung befreit?  ja  nein  
ggf. Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

**Pflegeversicherung**

noch keine Einstufung in einen Pflegegrad  
Pflegegrad  1  2  3  4  5  
für den Bereich  ambulant  stationär  
Antrag auf Einstufung gestellt?  ja  nein  
Antrag auf Höherstufung gestellt?  ja  nein

**Bitte Kopie des Einstufungsbescheides – sofern vorhanden – beilegen!**

**Behandelnde(r) Arzt/Ärztin**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Facharzt/-ärztin**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Ärztlicher Fragebogen**  ist beigefügt  wird nachgereicht

**Name Antragsteller(in):** \_\_\_\_\_

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

Unterschrift, ggf. Stempel: \_\_\_\_\_

**Hinweis zum Datenschutz:**

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden im Falle des Zustandekommens eines Vertrages elektronisch erfasst und gemäß den gesetzlichen Vorgaben verarbeitet und gespeichert.

Eine Weitergabe an Dritte geschieht nur unter der Maßgabe einer gesetzlichen Grundlage, Rechtsvorschrift oder persönlichen Einwilligung und zur Sicherung der Versorgung der uns anvertrauten Personen.

Tritt kein Vertragsabschluss ein, werden die Unterlagen nach angemessener Zeit sach- und fachgerecht vernichtet.