



Anmeldebogen

Anmeldung zur vollstationären Pflege

1. **Vor- und Zuname** Geburtsname

2. **Adresse**
Straße, PLZ, Ort
Telefon-Nr.

3. **Derzeitiger Aufenthalt**
bei Krankenhaus / Pflegeheim
entsprechende Adresse
Telefon-Nr. *

4. **Geburtsdatum** Geburtsort

5. **Angehörige**
Name *
Straße, PLZ, Ort
Verwandtschaftsverhältnis Telefon-Nr. *

6. **Pflegegrad**

7. **Betreuer / -in nach Betreuungsrecht**
Name Telefon-Nr.
Straße, PLZ, Ort

8. **Bevollmächtigung – Wirkungskreis der Betreuung**
Aufenthaltsbestimmung Vermögenssorge
Behördenangelegenheiten Ärztliche Versorgung

9. **Hausarzt – Name, Anschrift**

10. **Facharzt – Name, Anschrift**
Telefon-Nr.

11. **Facharzt – Name, Anschrift**

12. **Kranken- bzw. Pflegekasse**
Krankenkassen-Nr.

13. **Gewünschter Einzug am**

.....
Ort, Datum Unterschrift Wenn nicht Personengleichheit
..... Antragstellerin / Antragsteller Unterschrift Bewohnerin / Bewohner

* Teilen Sie uns bitte Ihre Telefonnummer mit, damit wir zeitnah Kontakt zu Ihnen aufnehmen können.