

Anmeldung zum Einzug

Ihre Persönlichen Angaben

Name, Vorname _____

Geburtsname _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Geburtsdatum/ Ort _____

Familienstand _____ Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____

Hausarzt _____

Ansprechpartner rund um den Einzug

Bezugspersonen (bitte nennen Sie als erstes die Person, die im Notfall Entscheidungen trifft und die wir als erstes informieren müssen)

1 Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
wie verwandt: _____

2 Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
wie verwandt _____

Gesetzlich bestellter Betreuer/ Bevollmächtigter

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
Umfang der Betreuung _____

Vorhandene Vollmachten

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Kopie
Liegt eine Patientenverfügung vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Kopie
Liegt eine Betreuungsverfügung vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Kopie

Angaben zu den Kostenträger bzw. Rechnungen

Angaben zur Kranken- und Pflegekassen

Name der Kasse _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____ Versicherungsnummer _____

Zuzahlungsbefreiung Ja Nein

Ich habe die Pflegekasse über den Einzug/ über die Kurzzeitpflege informiert

Pflegegrad Beantragt Pflegegrad 1 Pflegegrad 2
Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Ich habe im Laufe des Kalenderjahres Leistungen der Kurzzeit- Pflege
pflege und/ oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen Verhinderungspflege

Sozialhilfe

Wenn notwendig:

Ich habe den Sozialhilfeträger über den Einzug informiert und einen Antrag gestellt

Zuständige Sozialhilfeträger _____

Anschrift: _____

Rechnungsempfänger

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Ich möchte die Rechnung monatlich an die Einrichtung überweisen

Ich möchte, dass die Rechnung per Lastschrift, monatlich von meinem Konto abgebucht wird

IBAN _____ BIC _____

Informationen zur Unterbringung

Als: Langzeitpflege
 Kurzzeitpflege
 Verhinderungspflege

Räumlich Einzelzimmer
 Doppelzimmer

Zimmernummer: _____

Datum des Einzugs: _____

Kurzzeitpflege/
Verhinderungspflege Von: _____ Bis: _____

Ort, Datum

Unterschrift