

Anmeldung zur Kurzzeit- und /oder Dauerpflege

Wird von der Verwaltung ausgefüllt!

WB:	Zi.:	Eintritt:
KZP bis:	DP ab:	

Nachname	Geburtsname:		
Vorname(n) Rufname bitte unterstreichen:			
Gemeldeter Hauptwohnsitz:			
Derzeitiger Aufenthalt: (Krankenhaus, Pflegeheim, andere soziale Einrichtungen)		Wenn ja, seit wann?	
Geboren:	am:	in:	
Familienstand?	Konfession?	Staatsan- gehörigkeit?	
Gewünschtes Eintrittsdatum:			
Ist eine Betreuung/ Bevollmächtigter involviert? Wenn ja – Name, Anschrift:			
Krankenkasse und Mitgliedsnummer:	Versicherungs- verhältnis:	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Freiwillig <input type="checkbox"/> Privat	
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> Beantragt am: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Seit wann?
Hausarzt /Name, Anschrift:			
Anmeldung Kurzzeitpflege?		Dauerpflege?	
Wurden dieses Jahr schon Kurzzeitpflege beansprucht?	Wenn ja: wie viele Tage?		
Diagnosen?			
Gewünschte Unterbringung?	<input type="checkbox"/> Pflegebereich		<input type="checkbox"/> Geschützter Wohnbereich
Wem sollen die Rechnungen zugestellt werden? (Rechnungsempfänger)			

Angehörige			
Verwandtschaftsgrad:			
Vor- und Zuname:			
Vollständige Anschrift:			
Telefonnummern, E-Mail-Anschrift:			
Im Besitz welcher Vollmachten?			
Angehörige			
Verwandtschaftsgrad:			
Vor- und Zuname:			
Vollständige Anschrift:			
Telefonnummern, E-Mail-Anschrift:			
Im Besitz welcher Vollmachten?			
Angehörige			
Verwandtschaftsgrad:			
Vor- und Zuname:			
Vollständige Anschrift:			
Telefonnummern, E-Mail-Anschrift:			
Im Besitz welcher Vollmachten?			
Finanzen			
Monatliches Einkommen? Art und Betrag:		Zuzahlung aus Vermögen (Sparbuch, Guthaben, Eigentum)	
Zahlungen von der Pflegekasse:		Erhalten sie Leistungen des Sozialamtes?	

Datum: Unterschrift: