



Zimmer-Nummer: (wird von der Einrichtung eingetragen)				<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege		Einzug am:		Reserviert ab:	
War der Kunde stationär bereits aufgenommen:				<input type="checkbox"/> Ja, wann _____ <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen:		ab:			
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege		Von:		Bis:	
<input type="checkbox"/> Tagespflege		ab:		Turnus:	
Name (Familienname, Geburtsname)					
Vorname (Rufname unterstreichen)					
Geburtsdatum		Geburtsort:			
Anschrift	Straße, Hausnummer:				
	PLZ, Ort:		Telefon:		
Zurzeit in	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> andere Einrichtung			<input type="checkbox"/> häuslicher Umgebung	
Name:					
Familienstand:		Konfession:		Staatsangehörigkeit:	
Angehörige/ Bezugspersonen (Falls keine Angehörigen vorhanden sind)					
Name:					
Anschrift:					
Telefon:		E-Mail:			
Verwandtschaftsverhältnis:					
Name:					
Anschrift:					
Telefon:		E-Mail:			
Verwandtschaftsverhältnis:					
Betreuer		<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter lt. Vollmacht <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> keiner			
Name:					
Anschrift:					
Telefon:		E-Mail:			
Rechnungsempfänger/Name:					
Sind Sie mit der Versendung der Rechnung per E-Mail einverstanden:				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einzugsermächtigung der Pflegekosten				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krankenkasse:		<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat		Krankenkassenversicherung-Nr.:	
Name:					
Anschrift:					
Telefon:				E-Mail:	



Hausarzt:		
Hausarztname:		
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
Fachärzte (Name, Fachrichtung, Adresse)		
Pflegegrad	Aktuell: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad
	<input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt	<input type="checkbox"/> Einstufung beantragt
Die Kosten werden aufgebracht durch:		
<input type="checkbox"/> Pflegekasse → Kostenübernahme beantragt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Beihilfestelle		
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
<input type="checkbox"/> Selbstzahler → Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> Aufzunehmender <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Betreuer (wenn nicht auf Seite 1 benannt, bitte ausfüllen)		
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
<input type="checkbox"/> Sozialamt → Kostenübernahme beantragt: <input type="checkbox"/> Ja, am: <input type="checkbox"/> Nein		
Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Regelungen für den Todesfall → Nachlassempfänger/ Bestatter: (Die Einrichtung stellt den Nachlass, soweit möglich, durch räumlichen Verschluss sicher. Unbeschadet einer etwaigen letztwilligen Verfügung oder der gesetzlichen Erbfolge soll der Besitz des Kunden an die im Folgenden benannten Personen ausgehändigt werden)		
Name:		
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
Name:		
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.		
Wenn der Pflegeplatz nicht in Anspruch genommen wird, teile ich dies unverzüglich schriftlich mit.		
Die vorvertragliche Informationen gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz habe ich erhalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Ort und Datum

Unterschrift Aufzunehmender/ Bevollmächtigter