



Zimmer-Nummer: (wird von der Einrichtung eingetragen)				☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐ _____	
☐ vollstationäre Pflege		Einzug am:		Reserviert ab:	
War der Kunde stationär bereits aufgenommen:				☐ Ja, wann ☐ nein	
☐ Betreutes Wohnen:		ab:			
☐ Kurzzeitpflege		Von:		Bis:	
☐ Tagespflege		ab:		Turnus:	
Name (Familienname, Geburtsname)					
Vorname (Rufname unterstreichen)					
Geburtsdatum		Geburtsort:			
Anschrift	Straße, Hausnummer:				
	PLZ, Ort:		Telefon:		
Zurzeit in	☐ Krankenhaus ☐ Pflegeeinrichtung ☐ andere Einrichtung			☐ 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		☐ Bevollmächtigter lt. Vollmacht ☐ Betreuer ☐ keiner			
Name:					
Anschrift:					
Telefon:		E-Mail:			
Rechnungsempfänger/ Name:					
Sind Sie mit der Versendung der Rechnung per E-Mail einverstanden:				☐ ja ☐ nein	
Einzugsermächtigung der Pflegekosten				☐ ja ☐ nein	
Krankenkasse:		☐ gesetzlich ☐ privat		Krankenkassenversicherung-Nr.:	
Name:					
Anschrift:					
Telefon:				E-Mail:	



Hausarzt:		
Hausarztname:		
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
Fachärzte (Name, Fachrichtung, Adresse)		
Pflegegrad	Aktuell: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ Kein Pflegegrad
	☐ Höherstufung beantragt	☐ Einstufung beantragt
Die Kosten werden aufgebracht durch:		
☐ Pflegekasse → Kostenübernahme beantragt: ☐ Ja ☐ Nein		
☐ Beihilfestelle		
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
☐ Selbstzahler → Rechnungsempfänger: ☐ Aufzunehmender ☐ Bevollmächtigter ☐ Angehöriger ☐ Betreuer (wenn nicht auf Seite 1 benannt, bitte ausfüllen)		
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
☐ Sozialamt → Kostenübernahme beantragt: ☐ Ja, am: ☐ Nein		
Rezeptgebührenbefreiung	☐ Ja ☐ 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: ☐ Ja ☐ Nein		

Ort und Datum

Unterschrift Aufzunehmender/ Bevollmächtigter