

Einrichtungsadresse

Eingangsvermerke der
Einrichtung

Anmeldung zur Aufnahme
(Bitte möglichst mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

1. Familienname, Geb.name	
2. Vornamen	
3. Anschrift	Straße / PLZ / Ort:
	Telefon:
	E-Mail:
4. derzeitiger Aufenthalt	Straße / PLZ / Ort:
	Telefon:
5. Geburtsdatum	
6. Geburtsort	
7. Familienstand	
8. Konfession	
9. Staatsangehörigkeit	
10. Angehörige	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	wie verwandt:
	Telefon:
	E-Mail:
	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	wie verwandt:
	Telefon:
	E-Mail:
	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	wie verwandt:
	Telefon:
E-Mail:	

11a. Vormund/Betreuer nach Betreuungsrecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	Telefon: E-Mail:
	Wirkungskreise:
11b. Vollmacht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	Telefon: E-Mail:
	Art der Vollmacht?
11c. Verfügungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Art:
12. Krankenkasse/Pflegekasse	
13. Pflegegrad	
14. Versicherungsnummer	
14a. Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Hausarzt	Name:
	Straße / PLZ / Ort:
	Telefon:
16. Fachärzte	
17. Kostenübernahmeregelung	Selbstzahler <input type="checkbox"/>
	Sozialamt <input type="checkbox"/>
	falls ja, welches? andere Zahler <input type="checkbox"/>
	Aussage noch nicht möglich <input type="checkbox"/>
18. gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>
19. Zeitpunkt der gewünschten Aufnahme	
20. Sonstiges	
21. Datum	
22. Unterschrift des Antragsstellers	