

**Anmeldung zur Heimaufnahme/ Kurzzeit-/
Verhinderungspflege**

Familienname/ Geburtsname:

Vorname(n) - Rufname bitte unterstreichen:		
Wohnung/ Hauptwohnsitz	(PLZ Wohnort) (Straße und Hausnummer:	
Derzeitiger Aufenthalt	Wohnung Krankenhaus	
Geboren (Land/ Staat)	am: in:	
Familienstand:		
Religion:		
Gewünschte Unterbringung:	Einzelzimmer	Doppelzimmer
Aufnahmezeitpunkt:	sofort später/ ab:	
Aufenthalt:	Daueraufenthalt Kurzzeitpflege Verhinderungspflege:	
Angehörige		
a)		
(wie verwandt?) (Vor- und Zuname)		
(PLZ, Ort, Straße, Telefon)		
b)		
(wie verwandt?) (Vor- und Zuname)		
(PLZ, Ort, Straße, Telefon)		
c)		
(wie verwandt?) (Vor- und Zuname)		
(PLZ, Ort, Straße, Telefon)		
Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!		

Betreuung:

**Eigenverantwortlich
Patientenverfügung
Vorsorgevollmacht
Betreuung beantragt
Betreuung besteht (Ausweis vorhanden)**

Krankenkasse oder sonstiger Kostenträger

Versicherungsnummer:

Pflegestufe:	I	II	III
beantragt:		ja	nein
Befreiung gesetzlicher Zuzahlungen:	ja	nein	

Betreuer/ Bevollmächtigte:

Name:
Vorname:
Straße, Nr.:
Plz, Ort:
Telefon/ Handy/ Fax:

12. Name des Hausarztes

(Vor- und Zuname)

PLZ, Ort/Gemeinde, Straße, Nr., Telefon/ Fax