



## Anmeldung

### 1 Angaben zur Person

Name/Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Wohnort (PLZ, Ort): \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Telefon (mit Vorwahl): \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Grund der Anmeldung: \_\_\_\_\_

### 2 Medizinische/therapeutische Versorgung (etc.)

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Telefonnummer)

Fachärzte: \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Telefonnummer)

Therapeuten: \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Telefonnummer)

Weitere: \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Telefonnummer)

### 3 Angehörige/Bezugsperson(en)

a) Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort (PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

b) Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Wohnort (PLZ, Ort): \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

#### 4 Gesetzliche Betreuung

eingerrichtet ja 0 nein 0

beantragt ja 0 nein 0

Aufgabenbereiche: \_\_\_\_\_

##### **Betreuer:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Berufsbetreuer ja 0 nein 0

Vereinsbetreuer ja 0 nein 0  
wenn ja, welcher Verein \_\_\_\_\_

#### 5 Vorsorgevollmacht

ja 0 nein 0

Aufgabenbereiche: \_\_\_\_\_

##### **Vollmachtnehmer:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## 6 Verfügungen

Patientenverfügung	ja 0	nein 0	<i>Bei Einzug bitte mitbringen</i>
Betreuungsverfügung	ja 0	nein 0	<i>Bei Einzug bitte mitbringen</i>
Bestattungsvorsorge	ja 0	nein 0	<i>Bei Einzug bitte mitbringen</i>

## 7 Pflegeversicherung

Ist eine Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Pflegekasse erfolgt ?

ja 0    nein 0  
wenn ja, welcher Pflegegrad \_\_\_\_\_

## 8 Krankenkasse/Pflegekasse

Krankenkasse/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Rezeptgebührenbefreiung    ja 0    nein 0

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

## 9 Sonstiges

Besondere Wünsche: \_\_\_\_\_

Kostform: \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

## 10 Benötigte Unterlagen

Einstufungsbescheid der Pflegekasse

Kostenübernahmebescheid der Pflegekasse

Arztbericht (Hausarzt oder Krankenhaus, evtl. Pflegeüberleitung)

Ärztliches Zeugnis (frei von ansteckenden Krankheiten)

Bestellungsurkunde, Vollmachten