

Anmeldung zur Kurz / Dauerpflege

1. Name: _____ Geb.Name: _____

2. Vorname: _____

3. Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____

4. PLZ, Wohnort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

5. Fam.Stand: _____ Konfession: _____ Staatsangeh.: _____

6. früherer Beruf: _____

7. Angehörige/Bezugsperson:

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

a) _____

b) _____

c) Betreuer/
Vollmacht: _____

wer regelt den Nachlaß? _____

8. Gewünschte Unterbringung

Einbettzimmer

Doppelzimmer

9. Krankenkasse : _____

Versicherungsnummer: _____

12. Pflegeversicherung: _____ bisherige Pflegegrad _____

Antrag gestellt am _____

10. Name des Hausarztes: _____

Anschrift: _____

11. Heimkosten werden getragen: Selbstzahler

Sozialhilfeantrag

Rezeptkostenbefreit ja nein

13. Besteht Inkontinenz ja nein

**Diese Anmeldung ist unverbindlich.
Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.**

_____, den _____

Unterschrift des Antragstellers:
