

Anmeldung zum Einzug

Ihre Persönlichen Angaben

Name, Vorname _____

Geburtsname _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Geburtsdatum/ Ort _____

Familienstand _____ Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____

Hausarzt (mit Anschrift) _____

Ansprechpartner rund um den Einzug

Bezugspersonen

1 Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

wie verwandt: _____

2 Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

wie verwandt _____

Gesetzlich bestellter Betreuer/ Bevollmächtigter

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Umfang der Betreuung _____

Vorhandene Vollmachten

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------|
| Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Kopie |
| Liegt eine Patientenverfügung vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Kopie |
| Liegt eine Betreuungsverfügung vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Kopie |
| Gibt es eine gesetzliche Betreuung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Kopie |

Angaben zu den Kostenträgern

Angaben zur Kranken- und Pflegekassen

Name der Kasse _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____ Versicherungsnummer _____

Zuzahlungsbefreiung Ja Nein

Ich habe die Pflegekasse über den Einzug/ über die Kurzzeitpflege informiert

Pflegegrad Beantragt Pflegegrad 1 Pflegegrad 2
Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Eingeschränkte Alltagskompetenz Ja Nein

Bei Kurzzeit- oder Verhinderungspflege Ich möchte zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 43 SGB XI in Anspruch nehmen

Ich möchte, dass die Leistungen als Unterkunft /Verpflegung abgerechnet werden und habe das bei der Pflegekasse angegeben.

Ich habe für diesen Monat meine Betreuungsleistungen (ambulant) schon ausgeschöpft.

Sozialhilfe

Wenn notwendig:

Ich habe den Sozialhilfeträger über den Einzug informiert und einen Antrag gestellt

Zuständige Sozialhilfeträger _____

Anschrift: _____

Rechnungsempfänger

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Ich möchte die Rechnung monatlich an die Einrichtung überweisen

Ich möchte, dass die Rechnung per Lastschrift, monatlich von meinem Konto abgebucht wird

Gewünschte Unterbringung

Räumlich Einzelzimmer Doppelzimmer

Ab wann? Kurzfristig Warteliste
 Innerhalb der nächsten zwei Monate

Als: Kurzzeitpflege Verhinderungspflege Langzeitpflege

Datum des Einzugs: _____

KZP/ VP Von: _____ Bis: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers