

# Anmeldebogen

Vielen Dank für Ihr Interesse. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und lassen uns diesen zusammen mit allen erforderlichen Unterlagen zukommen. Damit werden wir Sie auf unsere interne Warteliste setzen. Ihre personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

|                                                                                                                                                |                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name, Vorname</b>                                                                                                                           |                                                                                        |
| <b>Geburtsdatum</b>                                                                                                                            |                                                                                        |
| <b>Geburtsort</b>                                                                                                                              |                                                                                        |
| <b>Adresse</b>                                                                                                                                 |                                                                                        |
| <b>Telefon &amp; Handy</b>                                                                                                                     |                                                                                        |
| <b>E-Mail</b>                                                                                                                                  |                                                                                        |
| <b>Konfession</b>                                                                                                                              |                                                                                        |
| <b>Familienstand</b>                                                                                                                           |                                                                                        |
| <b>Angehörige<br/>Name &amp; Kontaktdaten</b>                                                                                                  |                                                                                        |
| <b>Gesetzliche Betreuung/<br/>Bevollmächtigte Name &amp;<br/>Kontaktdaten</b><br>Bestellungsurkunde/Vollmacht<br>& Patientenverfügung beifügen |                                                                                        |
| <b>Pflegeart</b>                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege |
| <b>Krankenkasse &amp; Vers.-Nr.</b>                                                                                                            |                                                                                        |
| <b>Zuzahlungsbefreiung</b>                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN                              |
| <b>Pflegegrad</b> Bescheid beifügen                                                                                                            |                                                                                        |
| <b>Diagnosen, Krankheiten &amp;<br/>Beeinträchtigungen</b><br>Arztbriefe, Medikationsplan<br>etc. beifügen                                     |                                                                                        |
| <b>Hausarzt</b>                                                                                                                                |                                                                                        |
| <b>Monatliche Einnahmen</b><br>Nachweise beifügen                                                                                              |                                                                                        |
| <b>Persönliche Interessen</b>                                                                                                                  |                                                                                        |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift