

# Anmeldeformular „Pflegeeinrichtung“

## 1. Ihre Daten

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

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Geburtsname: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Früherer Beruf: \_\_\_\_\_

Anmeldung durch:  Bewohner selbst  Angehörige  Betreuer

## 2. Ihr gewünschtes Zimmer

Einzugstermin: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsdauer:  unbefristet

befristet von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

gewünschtes Zimmer:  Einzelzimmer  Doppelzimmer

### 3. Angehörige und Bekannte, die Ihnen wichtig sind

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

2. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

### 4. Arzt und Krankenkasse

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Telefax: \_\_\_\_\_

Ihre Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

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

### 5. Persönliche Angaben

Ihr Pflegegrad  1  2  3  4  5

Erstantrag läuft – Bescheid liegt noch nicht vor

Höherstufung beantragt

Leistungen wurden abgelehnt

Zuzahlungsbefreiung:  ja  nein

Pflichtversicherung

Privatversicherung

Zusätzliche Privatversicherung



Sind Sie beihilfeberechtigt?  ja  nein

Name der Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

Str., Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Besteht eine amtlich bestellte Betreuung?  ja  nein

Gesundheitsfürsorge

Aufenthaltsbestimmung

Vermögenssorge

Name des Betreuers: \_\_\_\_\_

Str., Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax: \_\_\_\_\_

## 6. Finanzierung

Ihre Heimkosten werden finanziert über:

Monatliche Rente: \_\_\_\_\_

Zuzahlung aus Barvermögen

Sozialamt in: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Pflegekasse

Sonstige Zuzahlung:  
\_\_\_\_\_

Die Rechnungsanschrift lautet: (falls abweichend)

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

Str., Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax: \_\_\_\_\_

## 7. Hinweise/Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Wichtig:

Lieber Kunde,  
bitte vergessen Sie nicht, Seniorplace über den Einzug zu informieren. Nutzen Sie dazu das Formular "Ihre Rückmeldung zum Einzug". So kann unser Beratungs- und Vermittlungsservice weiterhin kostenlos angeboten werden. Sie erreichen uns ganz einfach unter **0800.22 30 800** (gebührenfrei) jederzeit. Ihre Seniorenwohnberaterin freut sich auf Ihren Anruf.  
Vielen Dank!

