

Anmeldung zum Einzug in das Seniorenhaus/ die Hausgemeinschaften

- Anmeldung zur Kurzzeitpflege, von _____ bis _____
 Anmeldung vollstationäre Pflege
- dringend vorsorglich

1. Personendaten des zukünftigen Bewohners

Name	Geburtsname
Vorname	Titel
Straße Hausnummer	Telefon Nr.
PLZ Wohnort	
geboren am	in
Familienstand	Konfession
Kinder Anzahl	Staatsangehörigkeit

2. Rechnung an den Bewohner? 0 ja 0 nein Wenn nein, Rechnung an:

Name, Vorname, Titel
Straße Hausnummer
PLZ Wohnort
Telefon Nr.
E-Mail:

3. Betreuer oder Bevollmächtigter (Vollmacht oder Bestallungsurkunde als Kopie beifügen)

Name, Vorname, Titel	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Handy Nr.	E-mail
Telefon Nr.	
Fax Nr.	

4. Zahlungsmodalität/Rechnungsversand

<input type="radio"/> Bankeinzug bzw. Gutschrift	<input type="radio"/> Überweisung
Konto-Nr	Inhaber
IBAN	BIC
BLZ	Bank

Rechnungsversand per verschlüsselter E-Mail gewünscht?

Ja, an folgende E-Mail Adresse: _____

Vermerk des Seniorenhauses:

Einzug am _____ Zimmer _____ HG/Wohnbereich _____

Bemerkungen:

5. Krankenkasse / Pflegekasse

Mitgliedsnummer _____

Status: Mitglied Familienversichert Rentner Privatversichert
 Selbstzahler

Name der Kasse _____

Pflegegrad des zukünftigen Bewohners

Pflegegrad beantragt

Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

(Bitte den Bescheid der Pflegekasse als Kopie beifügen)

Ist der Antrag auf **stationäre** oder Kurzzeitpflegeleistung Pflegeleistung gestellt?

ja nein (Kopie bitte beifügen)

Restbetrag für die Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege?

ja _____ € nein

Liegt eine Inkontinenz vor? Ja Nein

Ich bin von der Zuzahlung befreit? Ja ab _____ nein

Ich bin beihilfeberechtigt (50% oder 30%)? Nein Ja, zu _____%

Findet ein Einrichtungswechsel statt? Ja Nein

6. Kriegsoferfürsorge

Ich erhalte Versorgungsbezüge vom Versorgungsamt

Bitte Rentenbescheid beifügen!

7. Angehörige

Bezug zum Pflegebedürftigen	
Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Telefon Nr. privat	Telefon Nr. mobil
Telefon Nr. dienstlich	Fax Nr.
E-Mail	
Bezug zum Pflegebedürftigen	
Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Telefon Nr. privat	Telefon Nr. Mobil
Telefon Nr. dienstlich	Fax Nr.
E-Mail	
Bezug zum Pflegebedürftigen	
Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Telefon Nr. privat	Telefon Nr. Mobil
Telefon Nr. dienstlich	Fax Nr.
E-Mail	
Bezug zum Pflegebedürftigen	
Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Telefon Nr. privat	Telefon Nr. Mobil
Telefon Nr. dienstlich	Fax Nr.
E-Mail	

8. Hausarzt/ Impfstatus Covid-19

Titel, Name	Telefon Nr
Vorname	Fax
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

Übernimmt der Hausarzt auch weiterhin die Versorgung? Ja Nein

Liegt eine Covid-19 Impfnachweis vor? Ja Nein

9. Fachärzte

Fachrichtung	Telefon Nr.
Titel, Name, Vorname	Fax
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

10. Zimmerwunsch

Zutreffendes bitte ankreuzen	
<input type="radio"/> Einzelzimmer	<input type="radio"/> Doppelzimmer

_____ Ort , Datum	_____ Unterschrift des Pflegebedürftigen
_____ Ort , Datum	_____ Unterschrift der vertretungsberechtigten Person
Mit der Unterschrift bestätige ich zudem, dass mir die Informationen gem. § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (W BVG) schriftlich ausgehändigt wurden.	
Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.	
<u>Folgende Formulare sind vor Vertragsabschluss und Einzug beizubringen:</u>	
- Erklärung Einkommen und Vermögen	
- Formular ärztliche Bescheinigung oder Arztbericht/ Überleitung Krankenhaus	