|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BITTE FREILASSEN (wird vom Seniorenzentrum ausgefüllt)** | | | | | | | |
| **Anmeldedatum:** | |  | | **V** | | **E** | |
| **Aufnahmedatum:** | | KZP nach KH- Aufenthalt | | | | | |
| **KZP:** | |  | - | |  | | |
| **VHP:** | |  | - | |  | | |
| **VST:** | |  | - | |  | | |
| **Zimmer Nr.:** | |  | | **EZ** | | | **DZ** |
| **Pflegegrad:** | **keiner  1  2  3  4  5  A** | | | | | | |

**Anmeldung**

**zur Aufnahme**

**(Zutreffendes bitte ankreuzen**

**bzw. ausfüllen)**

|  |
| --- |
| **gewünschter Aufnahmetermin:** |
|  |
| **gewünschte Einrichtung:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **persönliche Daten** | | | |
| Name & Vorname: |  | Geburtsname: |  |
| Geburtsdatum: |  | Geburtsort: |  |
| Straße: |  | PLZ & Wohnort: |  |
| Telefon: |  | Konfession: |  |
| Familienstand: |  | Staatsangehörigkeit: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Aufenthaltsort zurzeit** | |
| z. B. Krankenhaus (Bezeichnung): | KZP nach KH- Aufenthalt |
| eigene Wohnung, Anschrift s. o. |  |
| sonstiges: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Betreuung\*  / Vollmacht\*  Patientenverfügung vorhanden\*** | |
| Name Betreuer / In, Bevollmächtigte / r: |  |
| Anschrift: |  |
| Telefon: |  |

\* falls vorhanden, bitte Urkunden / Nachweise beifügen!

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Angehörige** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | Name: |  | | | | | Verwandtschaftsgrad: | | | | |  | | |
| Anschrift: |  | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: |  | | | | | mobil: | |  | | | | | |
| e Mail: |  | | | | |  | |  | | | | | |
| **2.** | Name: |  | | | | | Verwandtschaftsgrad: | | | | | |  | |
| Anschrift: |  | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: |  | | | | | mobil | |  | | | | | |
| e Mail: |  | | | | |  | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. **Hausarzt** | | | bereits vorhanden  übernimmt Versorgung ab Einzug | | | | | | | | | | | |
| Name: | | | | | Telefon: | | | | | | | | | |
| Anschrift: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Krankenkasse** | | | gesetzlich  privat | | | | | | | | | | | |
| Name / Bezeichnung: | | |  | | | | | | | | | | | |
| Anschrift: | | |  | | | | | | | | | | | |
| Versichertennummer: | | |  | | | | | | | | | | | |
| Pflegeeingruppierung \*:  \* falls vorhanden, bitte Eingruppierungsbescheid beifügen! | | | 1 | 2 | | | | 3 | | | 4 | | | 5 |
| keine | Antrag Eingruppierung | | | | | | | Antrag Höhergruppierung | | | |
| Leistungen nach §39c SGB XII | | | | | |  | | | |  | | | | |
| Zuzahlungsbefreiung | | | Beihilfeberechtigung  Zusatzversicherung: | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **Finanzierung des Eigenanteils (Heimkosten)** |
| eigenes Vermögen /Einkommen  Betriebsrente |
| Sozialhilfe (örtlicher Sozialhilfeträger) |
| Kriegsopferfürsorge (überörtlicher Sozialhilfeträger) |
| Sonstiges: |
| **ERKLÄRUNG:**  Ich bestätige, die Informationen zur Gewährung von Sozialhilfe & Wohngeld zur Kenntnis genommen zu haben. Aufgrund der aktuellen Einkommens- und Vermögenssituation sind  Sozialhilfeanträge zu stellen:  nein  ja Wohngeldanträge zu stellen:  nein  ja |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Rechnungsanschrift** | |  | | | | |
| siehe Betreuung | | | siehe Angehörige 1.) | | siehe Angehörige 2.) | |
| Name: |  | | | | | |
| Anschrift: |  | | | | | |
| Telefon: |  | | | eMail: | |  |
| Lastschrifteinzug \* bitte anliegende Einzugsermächtigung ausfüllen! | | | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **Hinweise / Bemerkungen / Sonstiges** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum: | Name Antragsteller: |  |
| Unterschrift Antragsteller: |  |