

**Anmeldung zur vollstationären Aufnahme**

**Angaben zum Pflegebedürftigen**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
bisherige Anschrift: \_\_\_\_\_  
derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

**Angaben zu den Kostenträgern**

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ beantragt am: \_\_\_\_\_  
Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versichertennr.: \_\_\_\_\_  
Selbstzahler: \_\_\_\_\_ Sozialamt: \_\_\_\_\_

**Angaben zu den Ärzten**

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Fachärzte: \_\_\_\_\_

**Angaben zu der Unterbringung**

Termin zur Aufnahme: \_\_\_\_\_  Einzelzimmer gewünscht  
Wäschepflege durch:  Angehörige  Wäscherei

**Angaben zur Betreuung**

Betreuer: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Wirkungskreis: \_\_\_\_\_

**Angaben zu Angehörigen (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail)**

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

**Angaben zur Bestattungsvorsorge**

Bestattungsunternehmen: \_\_\_\_\_  
Ort der Bestattung: \_\_\_\_\_

**Angaben zu vorhandenen Dokumenten**

	Ja	Nein
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienstammbuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstiges: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Telefon:** 02655 / 93 92 - 10 15 | **Fax:** - 19 | **E-Mail:** info@seniorenzentrum-weibern.de