

Name der Einrichtung: _____

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Name		Geburtsname	
Vorname(n) Rufname bitte unterstreichen			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit	
Letzte Eheschließung / Verpartnerung	Datum	Ort	
Bei Verwitweten	Name der Ehefrau/des Ehemannes/der Partnerin/des Partners:		
	Geburtsdatum:		Sterbedatum:
Wohnung (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet			
derzeitiger Aufenthalt			
derzeitiger Hausarzt			
Besteht eine gesetzliche Betreuung?	ja	nein	Zuständiges Amtsgericht
wurde beantragt am			
Falls ja, Name, Anschrift und Telefon ggf. e-mail Adresse des Betreuers / der Betreuerin			
Besteht eine Vollmacht? (z.B. Generalvollmacht, Vorsorgevollmacht)	ja	nein	Name, Anschrift und Telefon ggf. e.mail Adresse des Bevollmächtigten
Zuständige Kranken-/Pflegekasse		Mitgliedsnummer bei der Krankenkasse	
Der Pflegekassenbescheid liegt vor	ja	nein	Grad beantragt am:
Der Eigenanteil der Kosten kann aus eigenen Mitteln aufgebracht werden		ja	nein
Falls nein	Sozialhilfeantrag wurde gestellt am:	Aktenzeichen(falls bekannt)	Zuständiges Sozialamt
Besteht eine Beihilfeberechtigung?		ja	nein
Bankverbindung (bitte immer angeben)	IBAN		
	BIC		
	Name der Bank		
	Kontoinhaber		
	Einzugsermächtigung? Wenn ja, bitte Formular ausfüllen		ja

Angehörige/Bezugspersonen

1.	Name, Vorname		Beziehung zum Bewohner
	Anschrift		
	e-mail Adresse		
	Telefon privat	Telefon geschäftlich	Mobiltelefon
2.	Name, Vorname		Beziehung zum Bewohner
	Anschrift		
	e-mail Adresse		
	Telefon privat	Telefon geschäftlich	Mobiltelefon
3.	Name, Vorname		Beziehung zum Bewohner
	Anschrift		
	e-mail Adresse		
	Telefon privat	Telefon geschäftlich	Mobiltelefon
Wer ist berechtigt Auskünfte zum Bewohner/Tagespflegegast zu erhalten? (Bitte in der rechten Spalte ankreuzen) 			
Wer soll die Rechnung erhalten:	Bewohner/Tagespflegegast	Angehöriger Nr.	

- Bei der Anmeldung sind vorzulegen:
- Bescheid der Pflegekasse
 - Betreuungsbeschluss/Betreuerausweis/Vollmachten
 - Rentenbescheid
 - ärztlicher Bericht
 - Krankenversichertenkarte / Befreiungsausweis
 - Personalausweis
 - Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden)

Hiermit bestätige ich ausdrücklich, dass die Angaben zur Finanzierung des Heimaufenthaltes oder Tagespflegebesuches wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Beginn Heimaufenthalt / Tagespflegebesuch

Zeitraum Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege