



ANMELDEFORMULAR

Vor- und Zuname:	Geburtsname:
Straße:	derzeitiger Aufenthaltsort falls abweichend (Krankenhaus / Altenheim):
PLZ/Ort:	
Tel-Nr.:	Konfession:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Hausarzt:	Zuzahlungsbefreiung

Krankenkasse	Zimmerwunsch	Dringlichkeit												
Name:	Einzelzimmer	Vorabanmeldung (noch kein Aufnahmebedarf – die Anmeldung soll bis auf Widerruf bestehen bleiben)												
Vers.-Nr.:	Doppelzimmer	Normale Anmeldung (zeitnahe Aufnahmewunsch)												
Pflegegrad: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">kein</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Kein</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	kein	1	2	3	4	5	Kein	1	2	3	4	5		Dringende Anmeldung (baldmöglichste Aufnahme) evtl. gewünschter Aufnahmetermin:
kein	1	2	3	4	5									
Kein	1	2	3	4	5									

Art der Erkrankung / Einschränkungen (körperlich, geistig ...)

Angehörige / Bevollmächtigte

Name:	Name:	Name:
Straße:	Straße:	Straße:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Tel-Nr.1 / tagsüber erreichbar:	Tel-Nr.1 / tagsüber erreichbar:	Tel-Nr.1 / tagsüber erreichbar:
Tel-Nr.2 / evtl. Handy:	Tel-Nr.2 / evtl. Handy:	Tel-Nr.2 / evtl. Handy:
E-Mail:	E-Mail:	E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:
Vorsorgevollmacht notarielle Generalvollmacht Betreuer nach Betreuungsrecht	Vorsorgevollmacht notarielle Generalvollmacht Betreuer nach Betreuungsrecht	Vorsorgevollmacht notarielle Generalvollmacht Betreuer nach Betreuungsrecht

Hinweise, Ergänzungen, Sonstiges

Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller:	Unterschrift des Aufzunehmenden:
-------------	-----------------------------	----------------------------------

Bei Veränderungen (Personalien, Pflegebedarf, Dringlichkeit oder Stornierung der Anmeldung) bitten wir Sie um eine Rückmeldung (z.B. telefonisch, schriftlich, E-Mail)!



Ärztlicher Fragebogen - Seite 2/2

Medikament	Dosierung	Medikament	Dosierung
------------	-----------	------------	-----------

Hinweise, Bemerkungen

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift Arztes
------------	---------------------------------