

## Anmeldebogen

<input type="checkbox"/> Dauerpflege	Einzugsdatum: ab	Zi. Nr.:	<input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	Einzugsdatum: ab	Zi. Nr.:	<input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ

### Angaben zur Person

Vorname / Nachname			Bild
Geburtsdatum:			
Geburtsort:			
Geburtsname:			
Straße:			
PLZ: / Ort:			
Telefonnummer:			
Derzeitiger Aufenthaltsort:	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Rehaklinik <input type="checkbox"/> _____	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Konfession:			
Nationalität:			

### Wichtigste Ansprechperson

Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ: / Ort:	
Telefon: Festnetz/ Mobil:	/
E-Mail-Adresse	

### Angaben zur Betreuung / Bevollmächtigung

Angaben zum Betreuer: / Bevollmächtigten:	Besteht eine Betreuung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Besteht eine Vollmacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name:		
Vorname:		
Straße:		
PLZ / Ort:		
Telefonnummer:		
Beziehungsgrad:		
Liegt eine Patientenverfügung vor:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Angaben zur Rechnung

<b>Rechnungsanschrift</b>	<input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> Betreuer / Bevollmächtigter (vgl. oben) <input type="checkbox"/> folgende Person
<b>Kostenübernahme</b>	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Bezirk Oberpfalz Antrag gestellt <input type="checkbox"/> Ja / Datum: _____ <input type="checkbox"/> Nein

### Angaben zum Hausarzt

Name, Vorname:	
Straße, PLZ, Ort:	
Telefonnummer:	
Betreut Sie der bisherige Hausarzt weiter:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name _____ (bei „Nein“ bitte neuen Vorname _____ Hausarzt eintragen) Tel. _____
Befreiung von Zuzahlungen:	Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Rezeptgebühren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Angaben zur Kranken-/ Pflegekasse pflichtversichert privat versichert

Name:	
Straße, PLZ, Ort:	
Telefonnummer:	
Versicherungsnummer:	
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> Ja _____% <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie bereits einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt Datum _____ <input type="checkbox"/> vorläufiger Pflegegrad für Heimkostenberechnung _____
Beihilfeversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass dies noch keine verbindliche Anmeldung ist.  
Eine Heimaufnahme wird erst durch den Abschluss eines Heimvertrages rechtsverbindlich.*

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewohners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Bevollmächtigten/ Betreuers

