

## Anmeldung zum Einzug in das Seniorenhaus/ die Hausgemeinschaften

- Anmeldung zur Kurzzeitpflege, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Anmeldung vollstationäre Pflege
- dringend  vorsorglich

### 1. Personendaten des zukünftigen Bewohners

Name	Geburtsname
Vorname	Titel
Straße Hausnummer	Telefon Nr.
PLZ Wohnort	
geboren am	in
Familienstand	Konfession
Kinder Anzahl	Staatsangehörigkeit

### 2. Rechnung an den Bewohner? 0 ja 0 nein Wenn nein, Rechnung an:

Name, Vorname, Titel
Straße Hausnummer
PLZ Wohnort
Telefon Nr.
E-Mail:

### 3. Betreuer oder Bevollmächtigter (Vollmacht oder Bestallungsurkunde als Kopie beifügen)

Name, Vorname, Titel	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Handy Nr.	E-mail
Telefon Nr.	
Fax Nr.	

#### 4. Zahlungsmodalität/Rechnungsversand

<input type="radio"/> Bankeinzug bzw. Gutschrift	<input type="radio"/> Überweisung
Konto-Nr	Inhaber
IBAN	BIC
BLZ	Bank

#### Rechnungsversand per verschlüsselter E-Mail gewünscht?

Ja, an folgende E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

#### Vermerk des Seniorenhauses:

Einzug am \_\_\_\_\_ Zimmer \_\_\_\_\_ HG/Wohnbereich \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

#### 5. Krankenkasse / Pflegekasse

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Status:  Mitglied  Familienversichert  Rentner  Privatversichert  
 Selbstzahler

Name der Kasse \_\_\_\_\_

Pflegegrad des zukünftigen Bewohners

Pflegegrad beantragt

Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5

(Bitte den Bescheid der Pflegekasse als Kopie beifügen)

Ist der Antrag auf **stationäre** oder Kurzzeitpflegeleistung Pflegeleistung gestellt?

ja  nein (Kopie bitte beifügen)

Restbetrag für die Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege?

ja \_\_\_\_\_ €  nein

Liegt eine Inkontinenz vor?  Ja  Nein

Ich bin von der Zuzahlung befreit?  Ja ab \_\_\_\_\_  nein

Ich bin beihilfeberechtigt (50% oder 30%)?  Nein  Ja, zu \_\_\_\_\_%

Findet ein Einrichtungswechsel statt?  Ja  Nein

#### 6. Kriegsoferfürsorge

Ich erhalte Versorgungsbezüge vom Versorgungsamt

**Bitte Rentenbescheid beifügen!**

## 7. Angehörige

Bezug zum Pflegebedürftigen	
Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Telefon Nr. privat	Telefon Nr. mobil
Telefon Nr. dienstlich	Fax Nr.
E-Mail	

  

Bezug zum Pflegebedürftigen	
Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Telefon Nr. privat	Telefon Nr. Mobil
Telefon Nr. dienstlich	Fax Nr.
E-Mail	

  

Bezug zum Pflegebedürftigen	
Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Telefon Nr. privat	Telefon Nr. Mobil
Telefon Nr. dienstlich	Fax Nr.
E-Mail	

  

Bezug zum Pflegebedürftigen	
Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Telefon Nr. privat	Telefon Nr. Mobil
Telefon Nr. dienstlich	Fax Nr.
E-Mail	

## 8. Hausarzt/ Impfstatus Covid-19

Titel, Name	Telefon Nr
Vorname	Fax
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

Übernimmt der Hausarzt auch weiterhin die Versorgung?  Ja  Nein

Liegt eine Covid-19 Impfnachweis vor?  Ja  Nein

## 9. Fachärzte

Fachrichtung	Telefon Nr.
Titel, Name, Vorname	Fax
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

## 10. Zimmerwunsch

<b>Zutreffendes bitte ankreuzen</b>	
<input type="radio"/> Einzelzimmer	<input type="radio"/> Doppelzimmer

_____ Ort , Datum	_____ Unterschrift des Pflegebedürftigen
_____ Ort , Datum	_____ Unterschrift der vertretungsberechtigten Person
Mit der Unterschrift bestätige ich zudem, dass mir die Informationen gem. § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (W BVG) schriftlich ausgehändigt wurden.	
Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.	
<b><u>Folgende Formulare sind vor Vertragsabschluss und Einzug beizubringen:</u></b>	
- Erklärung Einkommen und Vermögen	
- Formular ärztliche Bescheinigung oder Arztbericht/ Überleitung Krankenhaus	