

<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	Zimmer-Nr.: _____
Name, Vorname: _____		Geburtsname: _____
Geburtsdatum: _____		Geburtsort: _____
Staatsangehörigkeit: _____		Telefon: _____
Straße, PLZ, Ort: _____		
Familienstand: _____		Konfession: _____
Krankenkasse: _____		Versicherten-Nr.: _____
Hausarzt: _____		Corona-Impfstatus: _____

Wünschen Sie einen Termin? **Informationsgespräch** **Besichtigung**

Zu wann ist eine Aufnahme erwünscht? ca. Monat / Jahr oder sofort _____

Bescheid über Pflegegrad liegt vor, mit Datum vom: _____

Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflegegrad beantragt am: _____ **Begutachtung durch MD:** ja nein

Die Pflegekosten werden aufgebracht durch: Pflegekasse zuständiges Sozialamt

eigene Mittel monatliches Einkommen (freiwillige Angabe): **EUR** _____

Priv. Zusatzversicherung **Beihilfeberechtigt:** ja nein ____ % Anteil (wenn bekannt)

Nahestehende Personen (Betreuer und Bevollmächtigte unbedingt anführen):

1. Name, Vorname: _____ Wie verwandt: _____

Straße, PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon Priv.: _____ Fa.: _____ Mobil: _____

ggf. Betreuung / Vollmacht – Art und Umfang: _____

2. Name, Vorname: _____ Wie verwandt: _____

Straße, PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon Priv.: _____ Fa.: _____ Mobil: _____

ggf. Betreuung / Vollmacht – Art und Umfang: _____

Herkunft (wie sind Sie auf unser Seniorenzentrum aufmerksam geworden):

Für eine eilige Aufnahme ist ein Pflegegrad und ein ärztlicher Fragebogen erforderlich. Diese Anmeldung verliert ein Jahr nach Antragsdatum ihre Gültigkeit und wird zusammen mit dem Ärztlichen Fragebogen vernichtet. Es gelten die allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Aus dieser Anmeldung ist kein Rechtsanspruch für eine Aufnahme im Seniorenzentrum abzuleiten.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____