

# Anmeldung

## Stationäre Pflege / Individuell leben in Wohngruppen

### Anmeldung:

vorsorglich       dringlich

### Angaben zur Person:

Vorname(n): \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort/Kreis: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Familienstand:  ledig  verh.  verw.  gesch. Wenn verw. oder gesch., seit wann? \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_ Früher ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

### Polizeilich gemeldeter Hauptwohnsitz:

Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus, stationäre Einrichtung, bei Angehörigen):

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

### Anschriften der Angehörigen / Vertrauenspersonen:

Name, Vorname	wie verwandt?	Anschrift (Straße, PLZ, Ort), E-Mail	Telefon
a)			
b)			
c)			

### Gesetzliche Betreuung / Vollmacht: (bitte Kopie beifügen)

gesetzliche Betreuung      Name, Anschrift, Telefon BetreuerIn / Bevollmächtigte:  
     beantragt am \_\_\_\_\_  
 Vorsorgevollmacht      \_\_\_\_\_  
 Patientenverfügung      \_\_\_\_\_  
 Bankvollmacht      \_\_\_\_\_

**Hausarzt:**

Name: \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Medikamente etc.:**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Versicherungsverhältnis (z.B. Rentner): \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:** (bitte Kopie des Bescheides beifügen)

Pflegegrad:                       1                       2                       3                       4                       5

Einstufung bzw. Höherstufung:    wurde beantragt am \_\_\_\_\_    muss noch beantragt werden

**Sonstige Hinweise und Bemerkungen:**

---

---

---

---

**Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und bin mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der Daten, bis auf Widerruf, einverstanden.**

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Aufzunehmenden oder des/der Bevollmächtigten

---

---