

Anmeldung für einen:  Stationären Dauerpflegeplatz ab: \_\_\_\_\_  
 Kurzzeitpflegeplatz ab: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden.  
 Die Anmeldung ist nur mit dem ärztlichen Fragebogen vollständig. Vielen Dank für Ihre Verständnis!

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsname</b>		<b>Familienstand</b>	
<b>Geburtstag</b>		<b>Geburtsort</b>	
<b>Staatsangehörigkeit</b>		<b>Konfession</b>	
<b>Adresse</b>	<b>Straße Nr.</b>		
	<b>PLZ Ort</b>		
	<b>Telefon</b>		
	<b>Mobil</b>		
	<b>Mail</b>		
Derzeitiger Aufenthalt			
Kontaktdaten des Sozialdienstes		Name	
		Telefon	
<b>Angehörige/Bevollmächtigte Person/ Rechtlicher Betreuer</b>			
1.	Name		<input type="checkbox"/> Angehöriger
	Vorname		<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
			<input type="checkbox"/> rechtl. Betreuer
	Verwandtschaftsgrad		
<b>Adresse</b>	<b>Straße Nr.</b>		
	<b>PLZ Ort</b>		
	<b>Telefon</b>		
	<b>Mobil</b>		
	<b>Mail</b>		
2.	Name		<input type="checkbox"/> Angehöriger
	Vorname		<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
			<input type="checkbox"/> rechtl. Betreuer
	Verwandtschaftsgrad		
<b>Adresse</b>	<b>Straße Nr.</b>		
	<b>PLZ Ort</b>		
	<b>Telefon</b>		
	<b>Mobil</b>		
	<b>Mail</b>		
<b>Hausarzt</b>	Name		
	Straße Nr.		
	PLZ Ort		
	Telefon		
	Mobil		
	Mail		
Aufnahmedringlichkeit/-grund			
Vollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Patientenverfügung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde eine rechtliche Betreuung beantragt?		<input type="checkbox"/> ja, wann	
		<input type="checkbox"/> nein	
Krankenkasse/Beihilfe/Privat		Versicherungsnr.	
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> beantragt am	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt am	

<b>Finanzierung</b>	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe beantragt am	
Wie hoch ist das Barvermögen?			
Monatliche Einkommen (RENTEN) (nach heutigem Stand)			
Art der Einkommen			
Zahlende Stelle(n)			
Betrag in Euro			
Welches Sozialamt ist zuständig?			
Zusage Sozialamt	<input type="checkbox"/> Vorhanden (bei Heimwechsel)	Antrag gestellt am	

**Datenschutz- und Einwilligungserklärung**

Die Anmeldung mit o.g. Angaben sowie das ärztliche Zeugnis werden für die sachgerechte Suche und Vermittlung eines (Kurzzeit-)Pflegeplatzes erhoben. Des Weiteren werden die Daten für statistische Zwecke anonymisiert genutzt.

Die Daten werden ansonsten für keine anderen Zwecke verwendet. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und bin damit einverstanden, dass die Unterlagen zu den genannten Zwecken verarbeitet und weitergegeben werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

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

Die Anmeldung erfolgte durch (Vor- u. Zuname) \_\_\_\_\_

**Nur von Einrichtung auszufüllen**

Feste Zusage erteilt:  nein  ja, am: \_\_\_\_\_ Hdz. \_\_\_\_\_

Vorgesehenes Zimmer Nr. \_\_\_\_\_

Pflegedienstleitung ist informiert

Wohnbereich ist informiert

Hauswirtschaftliche Fachaufsicht ist informiert

Haustechniker ist informiert

**Interner Vermerk:**