



1. Anfrage und Erstkontakt

1.1 Anfrage Pflegeplatz F 01 Anmeldung zur Heimaufnahme (gültig für 1 Jahr)

1. Daten zur Person

| | | |
|---|---------------------|---------------|
| Vor- und Zuname | | Geburtsname |
| Straße, PLZ, Ort | | Telefonnummer |
| Krankenkasse, Straße, PLZ, Ort | | Pflegegrad |
| zuzahlungsbefreit: <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie des Ausweises beilegen) <input type="checkbox"/> nein | | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Familienstand |
| Konfession | Staatsangehörigkeit | Beruf |

2. Angehörige

| | | |
|----|------------------|---------------------------|
| 1. | Vor- und Zuname | Verwandtschaftsverhältnis |
| | Straße, PLZ, Ort | Telefonnummer |
| | mobil | E-Mail |
| 2. | Vor- und Zuname | Verwandtschaftsverhältnis |
| | Straße, PLZ, Ort | Telefonnummer |
| | mobil | E-Mail |

3. Betreuer

| | |
|------------------|-------------------------|
| Vor- und Zuname | Wirkungskreis Betreuung |
| Straße, PLZ, Ort | Telefonnummer |

4. Hausarzt

| | |
|------------------|---------------|
| Vor- und Zuname | Telefonnummer |
| Straße, PLZ, Ort | |



1. Anfrage und Erstkontakt

1.1 Anfrage Pflegeplatz

F 01 Anmeldung zur Heimaufnahme (gültig für 1 Jahr)

5. Zimmerwunsch

- Einzelzimmer Doppelzimmer

6. Aufnahme erfolgt

- vollstationär Kurzzeitpflege Verhinderungspflege

Aufnahmetermin

7. Kostenträger

- Selbstzahler Sozialamt

 Beihilfeberechtigt ja nein

Welches Sozialamt?
(letzter Wohnort)

8. Bankverbindung

_____ | _____
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Für Verwaltung/PDL:

Zimmernummer:

Telefon: