

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: <input type="radio"/> Mitglied <input type="radio"/> Familienversichert <input type="radio"/> Rentner <input type="radio"/> Privatversichert <input type="radio"/> Selbstzahler
Name der Kasse
Pflegegrad des zukünftigen Bewohners
Pflegegrad beantragt <input type="radio"/>
<input type="radio"/> Grad 1 <input type="radio"/> Grad 2 <input type="radio"/> Grad 3 <input type="radio"/> Grad 4 <input type="radio"/> Grad 5
(Bitte den Bescheid der Pflegekasse als Kopie beifügen)
Ist der Antrag auf stationäre oder Kurzzeitpflegeleistung Pflegeleistung gestellt?
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein (Kopie bitte beifügen)
Restbetrag für die Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege?
<input type="radio"/> ja _____ € <input type="radio"/> 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. Kriegsofferfürsorge

<input type="radio"/> 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

Zutreffendes bitte ankreuzen	
<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 (WBVG) schriftlich ausgehändigt wurden.	
Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.	
<u>Folgende Formulare sind vor Vertragsabschluss und Einzug beizubringen:</u>	
- Erklärung Einkommen und Vermögen	
- Formular ärztliche Bescheinigung oder Arztbericht/ Überleitung Krankenhaus	