



Langenhecke 24 • 53902 Bad Münstereifel

Tel.: 02253 5426-0 • Fax: 02253 5426-350

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? ja 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

Bankeinzug bzw. Gutschrift		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: Mitglied Familienversichert Rentner Privatversichert
Selbstzahler

Name der Kasse _____

Pflegegrad des zukünftigen Bewohners

Pflegegrad beantragt

Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

(Bitte den Bescheid der Pflegekasse als Kopie beifügen)

Ist der Antrag auf **stationäre** oder Kurzzeitpflegeleistung Pflegeleistung gestellt?

Ja Nein (Kopie bitte beifügen)

Restbetrag für die Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege?

Ja _____ € Nein

Die Zahlung von Unterkunft und Verpflegung erfolgt durch Barvermögen?

Ja 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

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 ein Covid-19 Impfnachweis vor? Ja Nein

9. Fachärzte

Fachrichtung	Telefon Nr.
Titel, Name, Vorname	Fax
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

10. Zimmerwunsch

Zutreffendes bitte ankreuzen	
Einzelzimmer	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 (W BVG) 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 bei vollstationärer Aufnahme	
- Formular ärztliche Bescheinigung oder Arztbericht/ Überleitung Krankenhaus	