

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: 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

- 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 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

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 (WBVG) schriftlich ausgehändigt wurden.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.

Folgende Formulare sind vor Vertragsabschluss und Einzug beizubringen:

- Erklärung Einkommen und Vermögen
- Formular ärztliche Bescheinigung oder Arztbericht/ Überleitung Krankenhaus