

☐ **Vollstationäre Pflege**☐ **Kurzzeitpflege****Zimmer-Nr.:** _____

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Telefon: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr.: _____

Hausarzt: _____

Corona-Impfstatus: _____

Wünschen Sie einen Termin?☐ **Informationsgespräch**☐ **Besichtigung****Zu wann ist eine Aufnahme erwünscht?** ca. Monat / Jahr oder sofort _____**Bescheid über Pflegegrad
liegt vor, mit Datum vom:** _____**Grad 1**☐**Grad 2**☐**Grad 3**☐**Grad 4**☐**Grad 5**☐**Pflegegrad beantragt am:** _____**Begutachtung durch MD:** ☐ ja ☐ nein**Die Pflegekosten werden aufgebracht durch:**☐ Pflegekasse☐ zuständiges Sozialamt☐ eigene Mittel☐ monatliches Einkommen (freiwillige Angabe):**EUR** _____☐ Priv. Zusatzversicherung**Beihilfeberechtigt:**☐ ja ☐ nein

_____ % Anteil (wenn bekannt)

Nahestehende Personen (Betreuer und Bevollmächtigte unbedingt anführen):**1. Name, Vorname:** _____**Wie verwandt:** _____

Straße, PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon Priv.: _____

Fa.: _____

Mobil: _____

ggf. Betreuung / Vollmacht – Art und Umfang: _____

2. Name, Vorname: _____**Wie verwandt:** _____

Straße, PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon Priv.: _____

Fa.: _____

Mobil: _____

ggf. Betreuung / Vollmacht – Art und Umfang: _____

Herkunft (wie sind Sie auf unser Seniorenzentrum aufmerksam geworden):

Für eine eilige Aufnahme ist ein Pflegegrad und ein ärztlicher Fragebogen erforderlich. Diese Anmeldung verliert ein Jahr nach Antragsdatum ihre Gültigkeit und wird zusammen mit dem Ärztlichen Fragebogen vernichtet. Es gelten die allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Aus dieser Anmeldung ist kein Rechtsanspruch für eine Aufnahme im Seniorenzentrum abzuleiten.

Datum: _____**Unterschrift:** _____