



Anmeldeformular Altenhilfe

Einzug am _____

1. Pflegevariante

- Dauerpflege Tagespflege Betreutes Wohnen
 Kurzzeitpflege von _____ bis _____
 Verhinderungspflege von _____ bis _____

2. Empfehlung kam von / Gründe für den Einzug:

- von Bekannten Hausprospekt Sozialdienst Krankenhaus
 ambulanter Pflegedienst Presse Internet Sozialstation Pflegestützpunkt Tagespflege Arzt
 sonstiges

3. Nachname:

_____ (Familiename, Geburtsname)

4. Vorname(n):

_____ - Rufnamen bitte unterstreichen -

5. Wohnung:

_____ (Straße und Haus-Nr.) _____ (Telefon)

(mit Hauptwohnsitz
polizeilich angemeldet) _____
(Postleitzahl) (Wohnort)

6. Derzeitiger Aufenthalt:

_____ (Straße und Haus-Nr.) _____ (Telefon)

(bei Krankenhaus oder Altenheim
bitte entsprechende Adresse)

_____ (Postleitzahl) (Wohnort)

7. Geburtsdatum: _____ 8. Geburtsort: _____ 9. Familienstand: _____

10. Staatsangehörigkeit: _____ 11. Konfession: _____ 12. Erlernter Beruf: _____

13. Behindertenausweis: ja nein Grad der Behinderung: _____ Merkmal(e): _____

14. Liegt ein Bescheid der Pflegekasse vor? ja nein ist beantragt

Wenn ja, welche Pflegestufe: 0 I II III Härtefall

Höherstufungsantrag: ja nein

15. Wurde die Notwendigkeit eines vollstationären Heimeinzugs durch die Pflegekasse festgestellt?

ja nein

16. Kontaktpersonen (Angehörige / Verwandte):		
1. Bezugsperson	stellvertr. Ansprechpartner	
(Vor- und Zuname)	(Vor- und Zuname)	(Vor- und Zuname)
(Straße, Hausnummer)	(Straße, Hausnummer)	(Straße, Hausnummer)
(Postleitzahl) (Wohnort)	(Postleitzahl) (Wohnort)	(Postleitzahl) (Wohnort)
(Telefonnummer mit bester Erreichbarkeit)	(Telefonnummer mit bester Erreichbarkeit)	(Telefonnummer mit bester Erreichbarkeit)
(E-Mail-Adresse)	(E-Mail-Adresse)	(E-Mail-Adresse)
(Verwandtschaftsgrad)	(Verwandtschaftsgrad)	(Verwandtschaftsgrad)
17. Name des Hausarztes/der Hausärztin: _____		
Anschrift _____ Telefon _____		
18. Name des/r Facharztes/in: _____		
Anschrift _____ Telefon _____		
19. Gesetzliche Betreuung/Vollmachten/Verfügungen		
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung ist beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

(Name / Bevollmächtigter)		

(Anschrift)		
Aufgabenkreise:		
<input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Haus- und Grundstücksangelegenheiten <input type="checkbox"/> Entgegennahme, anhalten, öffnen der Post <input type="checkbox"/> Vermögensfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> in allen Angelegenheiten <input type="checkbox"/> sonstiges _____		
20. Wohneinheitstyp / Art des Zimmers:		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
21. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen, z.B. PEG Sonde:		
22. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

(Ort, Datum)	(Name und Unterschrift des Antragstellers)	