



## **ANMELDUNG ZUM EINZUG IN DAS SENIORENZENTRUM –**

### **VOLLSTATIONÄRE PFLEGE** (Angaben bitte vollständig und in Druckbuchstaben machen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt (Seniorenzentrum,  
Krankenhaus o.ä.) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Gewünschte Wohnform im Pflegebereich \_\_\_\_\_ Terminwunsch \_\_\_\_\_

Doppelzimmer  Einzelzimmer

#### **1. ANGEHÖRIGE**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

#### **2. AMTSBETREUERIN / AMTSBETREUER** nach dem Betreuungsrecht (vom Amtsgericht bestellt). Bitte Fotokopie des Betreuungsausweises beifügen.

Vorsorgevollmacht  individuelle Vollmacht  Patientenverfügung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



---

### 3. HAUSÄRZTIN / HAUSARZT

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
(bitte unbedingt angeben)

### 4. KRANKENKASSE / PFLEGEKASSE

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ KV-Nr. \_\_\_\_\_

Einstufung für die häusliche Pflege in \_\_\_\_\_ (bitte Kopie beifügen)  
Pfleigestufe

Wurde ein Höherstufungsantrag gestellt?  ja  nein  
Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt  ja  nein

Name und Anschrift der Person, die den Schriftverkehr und die Rechnungen erhalten soll  
(nur wenn abweichend vom 1. Angehörigen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Zur Deckung der Kosten wurde beim Sozialamt in \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ Sozialhilfe beantragt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift zukünftige Bewohnerin /  
zukünftiger Bewohner

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzliche Vertreterin /  
gesetzlicher Vertreter