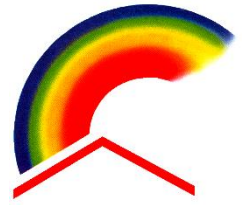


## Anmeldebogen für:



Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

- Dauerpflege
- Kurzzeit- / Verhinderungspflege
- Betreutes Wohnen

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Corona-Impfung:**  Ja  Nein

Datum der 2. Impfung: \_\_\_\_\_

### Bei derzeitigem Aufenthalt im Krankenhaus:

Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

**Sozialhilfeempfänger:**  Ja  Nein

Zuständiges Sozialamt: \_\_\_\_\_

**Kontaktperson für Vertragsgestaltung, Rechnungen, Erstinformationen, etc.:**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

- Rechnung per E-Mail erwünscht
- Vollmacht vorhanden (bitte Kopie mitbringen)
- Patientenverfügung vorhanden (bitte Kopie mitbringen)

*Weitere Bevollmächtigte/Angehörige bitte auf der Rückseite ergänzen*

**Pflegekasse:**

Name / Adresse: \_\_\_\_\_

Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Bescheid vom: \_\_\_\_\_ (bitte Kopie mitbringen)

Leistung/ Höherstufung beantragt am \_\_\_\_\_

**Sonstiges:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Gewünschter Einzugstermin:* \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers