



FO 6.2.2 Anmeldeformular

Name:	Vorname:	Geburtsname:
Geboren am:	Geburtsort:	Telefon:
Konfession:	Staatsangehörigkeit:	Familienstand:
Straße:	PLZ. u. Ort:	
Hausarzt:	Zuzahlungsbefreit ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Pflegekasse:	Versicherungs-Nr.	
Antrag auf Einstufung wurde gestellt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Corona-Schutzimpfung erhalten? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Pflegegrad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Bitte Kopien vom Einstufungsbescheid und dem Impfausweis beilegen		
Kostenträger: Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/>		
Rechnungsanschrift: _____		
<u>Gesetzlicher Betreuer oder Bevollmächtigter:</u> _____ (Name, Anschrift, Telefon) _____		
Bitte legen Sie den Betreuerausweis vor.		
<u>Angehörige:</u> (Name, Anschrift, Telefon) _____ _____		
Verwandtschaftsgrad: _____		
<u>Angehörige:</u> (Name, Anschrift, Telefon) _____ _____		
Verwandtschaftsgrad: _____		
Vor Heimaufnahme muss eine ärztl. Bescheinigung vorliegen, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose vorhanden sind.		
Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung: Falls vorhanden, bringen Sie bitte die jeweiligen Vollmachten in Kopie mit.		
Unterschrift des Antragstellers	Ort u. Datum	
_____	_____	