



ANMELDUNG

Angaben zur Person:

Name Geburtsname

Vorname Geburtsdatum

Straße, Nr. Geburtsort

PLZ/Ort Telefon

Ihr Familienstand Verheiratet Ledig Verwitwet Geschieden

Ihre Konfessions- oder Religionszugehörigkeit Evang. Kath.

Ihre Staatsangehörigkeit Deutsch

Nennen Sie zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

Name	Name
Vorname	Vorname
Angehörigenart	Angehörigenart
Straße, Nr.	Straße, Nr.
PLZ/Ort	PLZ/Ort
Telefon	Telefon
E-Mail	E-Mail

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name PLZ/Ort

Vorname Telefon

Straße, Nr. Fax

Ihre Kranken- bzw. Pflegekasse:

AOK BEK DAK KKH SONST.:

beitragsbefreit pflichtversichert privat versichert zusätzlich privat vers.

Mitglieds-Nr. Krankenkasse/Pflegekasse

Rezeptgebührenbefreit

Name der privaten (Zusatz-) Versicherung

Mitgliedsnummer

Straße, Nr. Telefon

PLZ/Ort Fax

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja Nein

Wenn ja:

Name der Beihilfestelle

Straße, Nr.

Telefon

PLZ/Ort

Fax

Besteht eine amtliche Betreuung/Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung?

Ja Nein

Wenn ja:

Name

PLZ/Ort

Vorname

Telefon

Straße, Nr.

Fax

Kostenträger

aus eigenen Mitteln

Rechnungsempfänger

Bewilligungsbescheid der Pflegekasse liegt vor

Pflegegrad

1 2 3 4 5 Härtefall

Leistungen aus der Pflegeversicherung wurden abgelehnt

Sozialamt, Ort:

Gewünschtes Zimmer

Einzelzimmer

EZ/gem.Bad

Doppelzimmer

Ab wann möchten Sie das Zimmer beziehen?

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer

befristet von

bis

unbefristet

Weitere Anmerkungen

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der/des Aufzunehmenden