



ANMELDUNG

Angaben zur Person:

Name _____ Geburtsname _____
Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße, Nr. _____ Geburtsort _____
PLZ/Ort _____ Telefon _____

Ihr Familienstand Verheiratet Ledig Verwitwet Geschieden

Konfessions- oder Religionszugehörigkeit Evang. Kath.

Coronastatus Covid-19 erkrankt Nein Ja, wann: _____ Ja, wann: _____
Covid-19 Impfungen Nein Ja, wann: _____ Ja, wann: _____
 Ja, wann: _____ Ja, wann: _____

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

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