



UNVERBINDLICHE ANMELDUNG

Angaben zur Person:

Name	.....	Geburtsname	.....
Vorname	.....	Geburtsdatum	.....
Straße, Nr.	.....	Geburtsort	.....
PLZ/Ort	.....	Telefon	.....
Ihr Familienstand	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Geschieden
Konfessions- oder Religionszugehörigkeit	<input type="checkbox"/> Evang.	<input type="checkbox"/> Kath.	<input type="checkbox"/>
Ihre Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/>

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	.....

Pflegegrad

1 2 3 4 5

Leistungen aus der Pflegeversicherung wurden abgelehnt

Sozialamt, Ort:

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

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