

FÜR UNSERE EINRICHTUNG ▾

--

Angaben zur Person

--	--

^Name

^Geburtsname

--	--

^Vorname

^Geburtsdatum

--	--

^Straße / Nr.

^Geburtsort

--	--

^PLZ / Ort

^Telefon

--

^Derzeitiger Aufenthalt

<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> _____
--------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

^Familienstand

Angehörige bzw. Vertrauensperson

--	--

^Name

^Name

--	--

^Vorname

^Vorname

--	--

^Straße / Nr.

^Straße / Nr.

--	--

^PLZ / Ort

^PLZ / Ort

--	--

^Telefon

^Telefon

Besteht eine amtliche Betreuung oder Vorsorgevollmacht?

Ja, vom: _____

Nein

Wenn Ja:

Betreuung

Vorsorgevollmacht

--	--

^Name

^Telefon

--	--

^Vorname

^Telefax

--	--

^Straße / Nr.

^PLZ / Ort

Zuständige Kranken- und Pflegekasse

<input type="checkbox"/> AOK	<input type="checkbox"/> vdek	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> _____
------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

^ Mitgliedsnummer

Kosten

<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Sozialamt	<input type="checkbox"/> Unfallkasse	_ _ _ _ _ _ _ , _ _ €
---------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------

^ Kostenträger

^ Rentenbetrag

Pflegegrad (Bewilligungsbescheid der Pflegekasse liegt vor):

Ja

Nein

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	Pflegegrad beantragt am: _____
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------------

Wer ist Ihr Hausarzt?

--	--

^ Name

^ PLZ / Ort

--	--

^ Vorname

^ Telefon

--	--

^ Straße / Nr.

^ Telefax

Grund der Anmeldung

--

Pflegerische Besonderheiten

<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> zuletzt häufig gestürzt	<input type="checkbox"/> Lauftendenz	<input type="checkbox"/> _____
--------------------------------	----------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------

Abholung bzw. Fahrdienst gewünscht

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Orientierung

örtlich:	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nicht orientiert
zeitlich:	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nicht orientiert
situativ:	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nicht orientiert
personell:	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nicht orientiert

Die Informationsblätter zum Datenschutz/Verarbeitungshinweise liegen aus. Bitte nehmen Sie sich beim Ausfüllen der Anmeldung diese Unterlagen mit. Die Angaben erfolgen freiwillig im Rahmen der Anmeldung.

Ich habe die Datenschutz-Hinweise zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Interne Notizen	Eingegangen am: _____	Reservierungsnummer: _____
------------------------	-----------------------	----------------------------