



Unverbindliche Anmeldung zum Pflege-Wohnen

1. Angaben zur Person

_____ Vor- und Zuname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Haus-Nr.	_____ Geburtsname
_____ PLZ, Ort	_____ Geburtsort
_____ Telefon-Nr.	_____ Familienstand
_____ E-mail	_____ Konfession
Derzeitiger Aufenthalt (falls abweichend von der Anschrift z.B. Krankenhaus, Reha etc.):	_____ Staatsangehörigkeit
_____ Straße, Haus-Nr.	_____ Datum und Ort der letzten Eheschließung
_____ PLZ, Ort	_____ Erlerner Beruf
_____ Einstufung in die Pflegeversicherung, seit wann	<input type="radio"/> Grad 1 <input type="radio"/> Grad 2 (keine Sozialhilfe ohne bescheinigte Heimbedürftigkeit)
Gewünschter Aufnahmeterrin: <input type="radio"/> dringend (Einzug sofort möglich) <input type="radio"/> bei Bedarf (aktuell nicht absehbar)	<input type="radio"/> Grad 3 <input type="radio"/> Grad 4 <input type="radio"/> Grad 5

*(Bitte beachten Sie unsere Wartezeiten.
Kurzfristige Einzüge sind nicht möglich)*

Gewünscht wird:
 Einzelapartment Doppelapartment

Holzhäuser Weg 7
 57299 Burbach-Lützel
 Telefon (02736) 204-0

2. Kontaktadressen

Bitte alle Daten der zuständigen bevollmächtigten Angehörigen oder Betreuern, die sich für alle rechtlichen Angelegenheiten verpflichten, angeben (Bsp.: Organisation des Ein- und Auszuges, Verträge, Anträge). Bitte genaue Adresse und Verwandtschaftsverhältnis angeben (ggf. Nachbar / Bekannter).

Bitte Vollmacht oder Betreuungsurkunde beilegen.

1. Ansprechpartner

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

2. Ansprechpartner

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Ansprechpartner bei Rückfragen:

1. Ansprechpartner 2. Ansprechpartner Interessent selbst

3. Angaben zur Gesundheitssituation

Krankenkasse / Pflegekasse

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Versicherten-Nr.

Sind **Weglauffendenzen** vorhanden? Ja Nein

Ist eine besondere **Kostform** erforderlich Ja Nein

Größe _____

Gewicht _____

Hausarzt

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Vorerkrankungen: _____

Wenn ja welche: _____

4. Kostenträger

Die Kosten, die nicht durch die Pflegekasse gedeckt sind, werden aufgebracht durch

Eigenes Einkommen

Zuzahlung aus eigenen Ersparnissen
(durch den Verkauf von Eigentum oder Barvermögen)

Beihilfeberechtigt ja nein

Beihilfestelle: _____

Unterstützung durch Kommune / Kreis

Zuständiger Sozialhilfeträger

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Zuzahlung anderer Personen

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Datum der Anmeldung