

Anmeldung zur stationären Pflege

Anmeldedatum: _____

Name _____ Vorname _____
Straße _____ PLZ / Ort _____ Telefon _____
Geburtsort _____ Geburtsdatum _____
Familienstand _____ Beruf _____ Konfession _____

Angehörige

A) Name _____ Telefon _____
Straße _____ PLZ / Ort _____

B) Name _____ Telefon _____
Straße _____ PLZ / Ort _____

Bevollmächtigter / Betreuer

Name _____ Telefon _____
Straße _____ PLZ / Ort _____

übertragene Betreuungsaufgaben: _____
bei gerichtlich bestelltem Betreuer - bitte Kopie des Betreuungsausweises beifügen

Krankenkasse / Pflegekasse _____ Krankenversicherungsnummer _____

Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt ja nein wenn ja, am: _____

Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgte am: _____

Pflegegrad bewilligt 1 2 3 4 5

Hausarzt: _____ Weiterbehandlung: ja nein

Bemerkung:

Roßwein, den _____ Unterschrift _____