



# Anmeldebogen

Datum: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Anfrage - Allgemein</b>	<input type="checkbox"/> <b>TvWH - Wohnanlage</b>
<input type="checkbox"/> <b>Kurzzeitpflege</b>	<input type="checkbox"/> <b>Stationäre Pflege</b>
<input type="checkbox"/> <b>Ambulante Pflege</b>	<input type="checkbox"/> <b>JBH</b>
<input type="checkbox"/> <b>Betreuung</b>	<input type="checkbox"/> <b>FJH</b>
<input type="checkbox"/> <b>Hauswirtschaft</b>	<input type="checkbox"/> <b>EZ</b>
	<input type="checkbox"/> <b>DZ</b>

Von/Ab: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Zimmer/WG/Haus: \_\_\_\_\_

## Stammdaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Aufenthalt vor Aufnahme: \_\_\_\_\_

Grund der Aufnahme: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Diagnosen: \_\_\_\_\_

## Kostenträger:

Krankenkasse/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Bemerkungen zum Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Sonst. Bemerkungen (z.B. Beihilfe, Sozialhilfe, ...):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zuständige Apotheke: \_\_\_\_\_

Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen

**1. Kontaktperson:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Beziehung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Bemerkungen (z.B. Vollmacht, Betreuung, ...): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Kontaktperson:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Beziehung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Bemerkungen (z.B. Vollmacht, Betreuung, ...): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Besondere Wünsche, Anmerkungen, Bemerkungen:**

TV                                       Telefon                                       Internet

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wichtig (nur für ambulanten Dienst)**

**Information Umstellungsantrag erfolgt?**

Am: \_\_\_\_\_ Durch: \_\_\_\_\_