

# ANMELDUNG

**TAGESPFLEGE:**  Villa Viva  Am Waldrand

**STATIONÄRE PFLEGE:**  St. Josef  Am Waldrand Geronto  Am Waldrand Klassisch  
 Am CarlAlexanderPark  St. Elisabeth Geronto  St. Elisabeth Klassisch

**BETREUTES WOHNEN:**  Villa Viva  Am Waldrand

## PERSÖNLICHE DATEN (Bitte Daten aus dem Personalausweis übernehmen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

## KRANKENKASSE

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_

Bestehender Pflegegrad \_\_\_\_\_ beantragt  Ja  Nein

## HAUSARZT

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ärztlicher Diagnoseplan nach ICD 10  angehängen

## IM ORIGINAL VORZUHALTEN:

Personalausweis liegt vor  Ja  Nein      Zuzahlungsbefreiung liegt vor  Ja  Nein

Krankenkassenkarte liegt vor  Ja  Nein      Schwerbehindertenausweis liegt vor  Ja  Nein

## DERZEITIGER AUFENTHALT ( WENN NICHT S. O. ) BEI / IN:

Name / Institut \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Ansprechpartner (Vor-/Nachname) \_\_\_\_\_

## GEWÜNSCHTE WOHNFORM

Einzelzimmer  Doppelzimmer

Besonderheiten(z.B. geschützter Bereich, etc.) \_\_\_\_\_

## ANGEHÖRIGE / ANSPRECHPARTNER 1

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Verwandtschaft / Art der Beziehung \_\_\_\_\_

## ANGEHÖRIGE / ANSPRECHPARTNER 2

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Verwandtschaft / Art der Beziehung \_\_\_\_\_

## GESETZLICHE BETREUUNG

Ja  Nein  Beantragt

## ALTERSVORSORGEVOLLMACHT

Ja  Nein

## BETREUER / BEVOLLMÄCHTIGTER

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

## SOZIALAMT

Sozialhilfeantrag gestellt  Ja  Nein

zuständiges Sozialamt \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_ Sachbearbeiter \_\_\_\_\_

Das MD-Gutachten  liegt bei  wird nachgereicht

**SELBSTZAHLER**  Ja  Nein

	Alleinstehend	Paar * <sup>1</sup>
<b>PFLEGEWOHNGELD-ANSPRUCH</b> <input type="checkbox"/> Ja Einkommen/Vermögen	< 10.000 €	< 15.000 €
<input type="checkbox"/> Nein Einkommen/Vermögen	> 10.000 €	> 15.000 €

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift  
( Antragsteller ) \_\_\_\_\_

Unterschrift  
( amtlicher Betreuer / Bevollmächtigter ) \_\_\_\_\_

**Die personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt. Die rechtlichen Vorschriften finden Berücksichtigung.**

\*<sup>1</sup> nicht getrennt lebende Ehegattinnen/Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner, eheähnliche oder lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaften