

## Anmeldebogen

### Allgemeine Angaben

Name	Titel	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift			
Geburtsname		Familienstand	
Staatsangehörigkeit	Telefon	Konfession	
Geburtsort/- land			
Früherer Beruf oder Tätigkeit			

### Angehörige

<b>1. Angehörige</b>	
<b>Name Vorname:</b>	
Anschrift:	
Wie verwandt:	Telefon:
E-Mail-Adresse:	Fax. Nr.:
<b>2. Angehörige</b>	
<b>Name Vorname:</b>	
Anschrift:	
Wie verwandt:	Telefon:
E-Mail-Adresse:	Fax. Nr.:

### Gesetzliche Betreuung / Vollmachten

<b>Es besteht / es ist beantragt:</b>	
Gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/>	Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/>
Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/>	Bankvollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/>
(Bitte entsprechende Kopien beifügen)	
Als Betreuer wurde bestellt / Vollmacht ist erteilt für Vor – und Zuname	Stellung: <b>Verwandter</b> <input type="checkbox"/> wie verwandt <b>Berufsbetreuer</b> <input type="checkbox"/> <b>Bekannter</b> <input type="checkbox"/>
Anschrift	Telefon
durch (Amtsgericht, Notar etc.)	Gültig ab (Datum)      Aktenzeichen

### Sonstige allgemeine Angaben

<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege – Einzugsdatum: <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege      von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen - Einzugsdatum:
Befinden Sie sich zurzeit in einer Einrichtung oder einem Krankenhaus? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Name der Einrichtung / des Krankenhauses:

### Ärztliche Betreuung

Hausarzt	Soll Hausarzt beibehalten werden?
Anschrift	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Telefonnummer	
Krankenkasse / Pflegekasse	
Versicherungsnummer	

Pflegestufe	0	1	2	3	Härtefall
-------------	---	---	---	---	-----------

### Finanzierung und Zahlung der Pflegekosten

<input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler  <input type="checkbox"/> Ich beantrage die Übernahme der Pflegekosten bei einem Sozialkostenträger (ggf. Kopie beifügen)  Antrag gestellt am:                              bei:  <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt (gemäß dem Beamtenversorgungsgesetz)
--

#### Rechnungsempfänger

Name, Vorname:	
Straße, PLZ, Ort:	

### Angaben über die Einkommensverhältnisse des Antragstellers

(bitte aktuelle Nachweise beifügen)

#### Erforderliche Angaben

Rente aus der Rentenversicherung		
Rentenversicherung Nummer der Altersrente:	Betrag:	€
Nummer der Witwen-/ Witwerrente:	Betrag:	€
Betriebsrente und sonstige Rentenart		
Nummer / zahlende Stelle:	Betrag:	€
Pensionen		
Nummer / zahlende Stelle:	Betrag:	€
Wohngeld		
Nummer / zahlende Stelle	Betrag	€
Einsetzbares Vermögen:	Betrag:	€
(Diese Angabe ist nur erforderlich, wenn das monatliche Einkommen nicht zur Deckung der Pflegekosten ausreicht.)		

Der monatliche Rechnungsbetrag wird überwiesen (Bitte Zahlungsverpflichtung beifügen)

Der monatliche Rechnungsbetrag soll durch Bankeinzug erfolgen (Bitte Einzugsermächtigung beifügen)

**Barbetragskonto:**

Hier kann ein beliebiger Betrag eingezahlt werden. Notwendige Zahlungen können dann bargeldlos in der Einrichtung geleistet werden. Diese Möglichkeit besteht nicht, wenn kein Konto eingerichtet wird.

**Wird eine Einrichtung eines Barbetragskontos gewünscht?**

ja                       nein

**Bei Selbstzahlern:**

- Eigengeld wird bar in die Kasse eingezahlt
- Mit der monatlichen Pflegekostenabrechnung soll dem Barbetragskonto eine Summe von \_\_\_\_\_ € gutgeschrieben werden. (Einzugsermächtigung erforderlich)

**Bei Empfängern von Leistungen durch einen Sozialkostenträger:**

Das einzusetzende Einkommen beinhaltet einen angemessenen Barbetrag, dieser soll

- von der Einrichtung verwaltet werden und wird mit den monatlichen Pflegekosten abgerechnet.
- von Ihnen selbst verwaltet werden und wird von den monatlichen Pflegekosten abgesetzt.

**Befreiung von Zuzahlungen der Krankenkasse (bitte Nachweise beifügen)**

z.B. Rezeptgebühren, Praxisgebühr, Krankentransport

ja                       nein

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

**( z. B. Unsere Homepage, Internetsuchmaschine, Krankenhaus, Empfehlung von Bekannten )**

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers, des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten)

<p><b>Hinweis gem. § 19, 19a, 20 BDSG* für Bewohner und deren Angehörige</b></p> <p>Ihre gem. §10 Einrichtungsverordnung erhobenen personenbezogenen Daten werden in einer Bewohnerstammdatei gespeichert.</p> <p>Eine Übermittlung Ihrer Daten an andere Behörden oder sonstige Einrichtungen erfolgt nicht. Die Löschung der Daten erfolgt nach Ausscheiden des Bewohners aus unserer Einrichtung bzw. spätestens 3 Jahre nach Schluss des Kalenderjahres gem. MuG** in dem der Aufenthalt endete.</p>	<p><b>Hinweis gem. § 19, 19a, 20 BDSG* für Betreuer und Ärzte der Bewohner</b></p> <p>Die erhobenen personenbezogenen Daten werden in einer Bewohnerstammdatei gespeichert.</p> <p>Die Bewohnerstammdatei dient der verbesserten und effektiveren Bewohnerbetreuung. Eine Übermittlung Ihrer Daten an andere Behörden oder sonstige Einrichtungen erfolgt nicht. Die Löschung der Daten erfolgt nach Ausscheiden des Bewohners aus unserer Einrichtung bzw. spätestens 3 Jahren gem. MuG** nach Schluss des Kalenderjahres in dem der Aufenthalt endete.</p>
--	--

\* Bundesdatenschutzgesetz

\*\* Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung