

**Anmeldung zur Warteliste**

vorsorglich     dringend  
 Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Zi.-Nr: \_\_\_\_\_

<b>Familienname, Vorname</b>		<b>Geburtsname</b>	
<b>Adresse (Straße/PLZ/Ort)</b>		<b>Telefon</b>	
<b>derzeitiger Aufenthalt, z.B. Krankenhaus (bitte Adresse und Tel.-Nr. angeben)</b>			
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Geburtsort</b>	
<b>Familienstand</b>		<b>Konfession</b>	<b>Staatsangehörigkeit</b>
<b>Krankenkasse /Pflegekasse:</b> _____	<b>Mitgliedsnummer:</b> _____	<b>Pflegegrad</b> <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt am _____	
<b>Angehörige a)</b>	<b>Name, Vorname</b>		
	<b>Verwandtschaftsgrad</b>		
	<b>Straße/PLZ/Ort</b>		
	<b>Telefon</b>		
	<b>E-Mail</b>		
<b>Angehörige b)</b>	<b>Name, Vorname</b>		
	<b>Verwandtschaftsgrad</b>		
	<b>Straße/PLZ/Ort</b>		
	<b>Telefon</b>		
	<b>E-Mail</b>		
<b>Betreuer (nach Betreuungsrecht):</b> Name/Anschrift/Telefon/E-Mail			
<b>Vorsorgebevollmächtigter</b> Name/Anschrift/Telefon/E-Mail			
<b>Hausarzt</b> Name/Anschrift/Telefon/E-Mail			
<b>Finanzierung der Heimkosten</b> (Zur Sicherstellung einer langfristigen Heimkostenfinanzierung ist der Betreiber berechtigt eine Bonitätsprüfung durchzuführen.)	<input type="checkbox"/> Rentenbescheid <input type="checkbox"/> Privatvermögen <input type="checkbox"/> Zuständiges Sozialamt              Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
<b>Gewünschtes Zimmer</b>		<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
<b>Bei Tagespflege Buchungstage</b>		<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag	

Ort, Datum & Unterschrift des Antragstellers bzw. Betreuers / Bevollmächtigten: .....