

## Anmeldung Bewohnereinzug

### Anmeldung für

- Vollstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Tagespflege

**Von der Einrichtung auszufüllen:**

Einzugsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnbereich: \_\_\_\_\_

Zimmernummer: \_\_\_\_\_

Ihre Ansprechpartnerin: Frau Sibylle Marseille, Pflegeüberleitung Tel.: 089/551 552 - 103			
<b>Vor- und Zuname</b>			
<b>Geburtsname</b>			
<b>Adresse</b>	Str./PLZ/Ort		Telefon
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsort:</b>	<b>Konfession:</b>	
<b>Familienstand:</b>		<b>Staatsangehörigkeit:</b>	
<b>Angehörige</b>	<b>a)</b>		
	Name		
	Str./PLZ/Ort		
	Wie verwandt		Telefon
	Email		Fax
	<b>b)</b>		
	Name		
	Str./PLZ/Ort		
Wie verwandt		Telefon	
Email		Fax	
<b>Rechnungs-empfänger</b>	Name		
	Str./PLZ/Ort		Telefon
	Email		Fax

## Anmeldung Bewohnereinzug

<b>Betreuer / Bevollmächtigter</b>	Name	
	Str./PLZ/Ort	Telefon
	Email	Fax
<b>Pflegekasse</b>		Versichertennummer
<b>Krankenkasse</b> (falls abweichend von Pflegekasse)		Versichertennummer
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Antrag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<b>Kostenübernahme</b>	<input type="checkbox"/> Selbstzahler    beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> ja, mit _____ <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger: _____	
<b>Hausarzt</b>	Kontaktdaten Hausarzt	
<b>Aufnahmewunsch</b>	<input type="checkbox"/> sobald wie möglich <input type="checkbox"/> zu einem späteren Zeitpunkt, voraussichtlich in _____ Monaten	

Pflegebedürftigkeit	Fähigkeiten	Einschränkungen
Sich bewegen		
Sich pflegen		
Essen und Trinken		
Ausscheiden		Inkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Attest liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges (Demenz, Hinlauftendenz, etc.)		

---

Datum und Unterschrift