



Antrag / Anmeldung Stationäre Pflege

Wird von der Einrichtung ausgefüllt!

Debitorennummer							
Einzugsdatum				Zimmernummer			

Wird vom Antragsteller ausgefüllt!

Bitte zutreffendes ankreuzen

1. Name, Vorname (Geburtsname)				
2. Adresse	Straße		PLZ/Ort	
3. derzeitiger Aufenthalt	Straße		PLZ/Ort	
4. Geburtsdaten	Geburtsdatum		Geburtsort	
5. Familienstand				
Pflegegrad	<input type="text"/>			
6. Hinweis gemäß Leistungen § 43b SGB XI	Soweit eine Beantragung auf Leistungen der vollstationären Pflege bei Ihrer Pflegekasse notwendig wird, ist ggf. auch die zusätzliche Betreuung und Aktivierung zu beantragen. Für diese Leistungen entstehen Ihnen keinerlei weitere Kosten. Gerne unterstützen wir Sie bei der Beantragung bei Ihrer Pflegekasse.			
7. Staatsangehörigkeit				
8. Konfession				
9. Beruf bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit				
10. Angehörige	a)	Name, Vorname		
		Straße		PLZ/Ort
		wie verwandt?		
	b)	Name, Vorname		
		Straße		PLZ/Ort
		wie verwandt?		
	c)	Name, Vorname		
		Straße		PLZ/Ort
		wie verwandt?		
11. <input type="checkbox"/> Betreuer (Amtsgericht) <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	Name, Vorname			
	Straße		PLZ/Ort	
12. Hausarzt	Name			



Antrag / Anmeldung Stationäre Pflege

Form with multiple sections: 13. Krankenkasse, 14. Gewünschte Unterbringung, 15. Vorhandene Hilfsmittel, 16. Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen o. beantragt?, 17. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei [] / liegt nicht bei [].

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit, auch: Unterschrift des Aufzunehmenden

Vermerke der Einrichtung:

(z.B. für Informationen über Terminabsprachen usw.)