

Anmeldebogen

Allgemeine Angaben

Name	Titel	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift			
Geburtsname		Familienstand	
Staatsangehörigkeit	Telefon	Konfession	
Geburtsort/- land			
Waren Sie schon einmal in einer unserer Einrichtungen?			
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			

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

Angehörige

1. Angehörige	
Name Vorname:	
Anschrift:	
Wie verwandt:	Telefon:
E-Mail-Adresse:	Mobil:
2. Angehörige	
Name Vorname:	
Anschrift:	
Wie verwandt:	Telefon:
E-Mail-Adresse:	Mobil:

Gesetzliche Betreuung / Vollmachten

Es besteht eine:		(wenn beantragt, bitte Datum benennen)	
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 Name Vorname		Stellung:	
		Verwandter	<input type="checkbox"/>
		wie verwandt:	
		Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/>
		Bekannter	<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:
<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 Anschrift Telefonnummer	Soll Hausarzt beibehalten werden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Krankenkasse / Pflegekasse	
Versicherungsnummer	

Pflegegrad: bitte ankreuzen	1	2	3	4	5
--------------------------------	---	---	---	---	---

Eilantrag gestellt?	Ja	Nein
---------------------	----	------

Haben Sie bereits die Erst-, -Zweit und Boosterimpfung erhalten gegen COVID- 19?	Ja	Nein	Welchen Impfstoff haben Sie erhalten?
Wenn ja, wann:			
Hatten Sie bereits eine Corona Erkrankung?	Ja	Nein	
Wenn ja, wann:			

Finanzierung und Zahlung des Einrichtungsentgeltes

<input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Übernahme des Einrichtungsentgeltes bei meinem zuständigen Sozialhilfeträger (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 Bewohners:
(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
 Der monatliche Rechnungsbetrag soll durch Bankeinzug erfolgen
 (Bitte Einzugsermächtigung und Zahlungsverpflichtung beifügen)

Barbetragskonto (Taschengeldkonto):

Auf das Barbetragskonto kann ein beliebiger Betrag eingezahlt werden. Notwendige Zahlungen ausschließlich Dienstleistungen innerhalb des Unternehmens wie Apotheke, Krankentransport, Frisör, Fußpflege etc. können dann in der Einrichtung geleistet werden. Diese Möglichkeit besteht nicht, wenn kein Konto eingerichtet wird.

Wird ein Barbetragskonto gewünscht? ja nein

Bei Selbstzahlern:

- Barbetrag wird bar in die Kasse eingezahlt
 Mit der monatlichen Entgeltabrechnung 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 der monatlichen Kostenabrechnung abgerechnet.
 von Ihnen selbst verwaltet werden und wird von der monatlichen Kostenabrechnung abgesetzt.

Befreiung von Zuzahlungen (bitte Nachweis beifügen) z.B. Rezeptgebühren, Krankentransport

ja nein

1

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers, des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten

¹ Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in der Information die gewohnte männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen oder des diversen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

Bearbeitung durch:	Freigabe durch:	Freigabe am:	Version:	Seite
AG Einzugsmanagement	GBA	16.05.19	Nr. 03 – 09/2021	3 von 3