



**Anmeldung zur Kurzzeitpflege** Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!

1. Name/Geburtsname			
2. Vornamen			
3. Adresse	Anschrift:		
	Bundesland/ Landkreis:		
4. Derzeitiger Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> Zuhause (s. o.) <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung		
	Anschrift:		
5. Geburtsdatum, -ort	am:	in:	
6. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		
7. Konfession			
8. Staatsangehörigkeit			
9. Beruf	erlernter Beruf:		zuletzt ausgeübt:
10. Pflegegrad	stationär, Grad:	häuslich, Grad:	stationär beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Angehörige/Kinder	wie verwandt:	Vor- und Zuname:	Telefon:
	Anschrift:		
	wie verwandt:	Vor- und Zuname:	Telefon:
	Anschrift:		
	wie verwandt:	Vor- und Zuname:	Telefon:
	Anschrift:		
12. Gerichtlich bestellter Betreuer	Vor- und Zuname:		Telefon:
	Anschrift:		
13. Bestellt durch Amtsgericht			
14. Krankenkasse (Pflegekasse)	vollständiger Name:		
	Anschrift:		
15. Versicherungsnummer der Krankenkasse			

16. Beamtenrechtl. oder vergleichbarer Beihilfeanspruch	(Bezeichnung der Beihilfestelle)
17. Hausarzt	Name: <span style="float: right;">Telefon:</span>
	Anschrift:
18. Die Einrichtungskosten werden aufgebracht durch (Zutreffendes bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/> Antragsteller selbst <input type="checkbox"/> Angehörige* <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Das zuständige Sozialamt** in: _____	
*) Die Drittschuldnererklärung <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt in den nächsten Tagen **) Beantragung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!	
19. Aufnahme von:	bis:
20. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? (Name und genaue Anschrift):	
In welcher Eigenschaft: <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> _____	
21. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:	
22. Vorhandene Hilfsmittel (Rollstuhl, Rollator usw.):	

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.  
Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

Hinweis: Falsche Angaben im Antrag, insbesondere zur Vermögenslage, können zur fristlosen Kündigung des Wohn- und Betreuungsvertrages führen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,  
auch Unterschrift des Aufzunehmenden:

\_\_\_\_\_