

## Vormerkung / Anmeldung

Gewünschter Einzugstermin: \_\_\_\_\_

- Einzelzimmer  
 Doppelzimmer

### 1. Persönliche Angaben:

Name	_____	Geburtsname	_____
Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Straße, Nr.	_____	Geburtsort	_____
PLZ/Ort	_____	Telefon	_____

**Familienstand**       verheiratet                       verwitwet  
 ledig     geschieden                       getrennt lebend  
**Konfession**                       kath.     ev.     andere \_\_\_\_\_  
**Staatsangehörigkeit**                       deutsch     \_\_\_\_\_

### 2. Bitte nennen Sie zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

Name	_____	Name	_____
Vorname	_____	Vorname	_____
Verwandtschaftsgrad	_____	Verwandtschaftsgrad	_____
Straße, Nr.	_____	Straße, Nr.	_____
PLZ/Ort	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon	_____	Telefon	_____
Mobil	_____	Mobil	_____

### 3. Wer ist Ihr Hausarzt?

Name	_____	Straße/PLZ/Ort	_____
Telefon	_____	Telefax	_____

### 4. Bitte nennen Sie Ihre Kranken- und Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_                       pflichtversichert

Mitglieds-Nr. Krankenkasse \_\_\_\_\_                       privat versichert

Mitglieds-Nr. Pflegekasse \_\_\_\_\_                       zusätzlich privat versichert

➤ **Liegt eine Zuzahlungs-Befreiung vor?**                       Nein                       Ja

➤ **Wenn Sie privat versichert oder zusätzlich privat versichert sind:**

Name der privaten (Zusatz-) Versicherung \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_

Straße, Nr.	_____	Telefon	_____
PLZ/Ort	_____	Telefax	_____

**5. Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?**

Nein  Ja

Name des Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**6. Ist eine amtliche Betreuung bestellt?**

Nein  Ja

Name des Betreuers \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

➤ **Liegt eine Patientenverfügung vor?**

Nein  Ja

➤ **Liegt ein Bewilligungsbescheid der Pflegekasse vor?**

Nein  Ja

Welcher Pflegegrad?

keine  Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5

Antrag bei der Pflegekasse wurde gestellt am \_\_\_\_\_

Leistungen der Pflegeversicherung wurde abgelehnt am \_\_\_\_\_

**Die Heimkosten werden aufgebracht durch (Mehrfachnennung möglich):**

durch eigenes Einkommen; monatliche Rente; Pension, in Höhe von (ca.): \_\_\_\_\_

Zuzahlung aus Barvermögen

Zahlung von Dritten (Kostenverpflichtungserklärung liegt bei)

durch die Krankenkasse / Pflegekasse

das zuständige Sozialamt: Bezirk Mittelfranken, Sozialhilfeverwaltung, Postfach 517,

Danzinger Str. 5, 91522 Ansbach, Tel. 0981 / 9504270

Die Kostenübernahme durch die Sozialhilfe  ist bereits beantragt  wird beantragt

**Rechnungsempfänger (Name, Adresse, Tel.Nr.):** \_\_\_\_\_

**Erklärung:** Alle an mich adressierten Heimkostenabrechnungen bitte ich der oben genannten Person zuzusenden. Diese Person wurde von mir bevollmächtigt alle nötigen Zahlungen an das Pflegeheim vorzunehmen und etwaige Gutschriften zu empfangen.

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

\_\_\_\_\_  
**Antragsteller/in**

Datenschutzhinweis: Die personenbezogenen Daten, die Sie uns im Rahmen dieser Anmeldung zur Verfügung stellen, werden nur für die Bearbeitung Ihrer Anmeldung verwendet. Die Weitergabe an Dritte findet nicht statt.

Sollte es zu keinem Vertragsabschluss kommen, werden die Daten gelöscht!