

**Anmeldung zur stationären Pflege**

**Anmeldedatum:** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Angehörige: a) Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

b) Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Betreuer / Bevollmächtigter

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

übertragene Betreuungsaufgaben:

bei gerichtlich bestelltem Betreuer - bitte Kopie des Betreuungsausweises beifügen

Krankenkasse/Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt ja/nein wenn ja, am: \_\_\_\_\_

Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgte am: \_\_\_\_\_

Pflegegrad bewilligt = 1 2 3 4 5

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Weiterbehandlung: ja / nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....  
Datum / Unterschrift des Antragstellers

.....  
bzw. des Betreuers