

**Anmeldung zur Warteliste**

vorsorglich  dringend  
 Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Zi.-Nr.: \_\_\_\_\_

gewünschte Zimmerart  Einzelzimmer  Doppelzimmer  
bei Tagespflege Buchungstage  Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt, z.B. Krankenhaus (bitte Adresse und Tel.-Nr. angeben) \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Pflegekasse \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

**Pflegegrad**  rüstig  1  2  3  4  5 beantragt am \_\_\_\_\_  
**Heimwechsel**  ja  nein \_\_\_\_\_

**Angehörige a)** Name, Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon/Mobiltelefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Angehörige b)** Name, Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon/Mobiltelefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Betreuer (nach Betreuungsrecht)** Name/Anschrift/Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

**Vorsorgebevollmächtigter** Name/Anschrift/Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

**Hausarzt** Name/Anschrift/Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

**Finanzierung der Heimkosten** (Zur Sicherstellung einer langfristigen Heimkostenfinanzierung ist der Betreiber berechtigt eine Bonitätsprüfung durchzuführen.)  
 Rentenbescheid  Privatvermögen  Zuständiges Sozialamt, Aktenz.: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragsstellers bzw. Betreuers/Bevollmächtigten \_\_\_\_\_