



Anmeldung - Pflegeplatz

Dauerpflege <input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	Von...Bis:	
Angaben zur Person:			
Familienname:		Geburtsname:	
Vorname:			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Familienstand:		seit:	
Konfession:			
Staatsangehörigkeit:			
Wohnort / Aktueller Wohnsitz			
Straße:			
PLZ / Ort:			
Telefon:			
Hausarzt			
Name:			
Straße:			
PLZ / Ort:			
Telefon:			
Gewünschte Apotheke			
Name:			
PLZ / Ort:			
Vertragsapotheke:	Ja:	Nein:	
Angaben zu Sozialversicherung			
Krankenkasse:			
Mitgliedsnummer:			
Pflegekasse:			
Pflegegrad:	(Bescheid bitte beifügen)		
Antrag auf Pflegestufe gestellt am:			



Anmeldung - Pflegeplatz

<u>Nahe stehende Person / Angehöriger (z.B. im Krankheits- oder Todesfall zu informieren)</u>	
Name:	
Straße:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
<u>Gesetzliche Betreuung / Vollmacht (Bitte in Kopie beifügen)</u>	
Name:	
Straße:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
<u>Persönliche Wünsche:</u>	
Einzugstermin – gewünscht:	
<u>Vermögensverhältnisse:</u>	
Private Zuzahlung:	Sozialamt:
<u>Kostenübernahme des Sozialhilfeträgers:</u>	
liegt vor:	muss beantragt werden:
<u>Rechnungsempfänger:</u>	
Name:	
Straße:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	

Hinweis zum Datenschutz:

Der Antragsteller erklärt seine ausdrückliche Zustimmung für die vertrauliche und bestimmungsmäßige Verwendung aller personenbezogenen Daten.

Datum:

Unterschrift: