

Anmeldung Pflege- und Betreuungseinrichtung

Gewünschter Einzug: sofort vorsorgliche Anfrage
Gewünschte Versorgungsform: vollstationäre Pflege Kurzzeitpflege

Anmeldung für:

Name: _____ Geb.name: _____
Vorname: _____ Geb.datum: _____
Fam.stand: _____ Geb.ort: _____
Strasse: _____ Staatsang.: _____
PLZ/Wohnort: _____ Konfession: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
derzeitiger Aufenthalt: _____

Ansprechpartner:

1. Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Telefon: _____
PLZ/Wohnort: _____ E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____
Vorsorgevollmacht: vorhanden nicht vorhanden

2. Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Telefon: _____
PLZ/Wohnort: _____ E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____
Vorsorgevollmacht: vorhanden nicht vorhanden

rechtlicher Betreuer:

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Telefon: _____
PLZ/Wohnort: _____ E-Mail: _____

Betreuung für folgende Felder:

Aufenthaltsbestimm. Wohnungsangelegenh. Gesundheitsfürsorge
 Schutzmassn. Vermögensangelegenh. Vertretung ggü. Ämtern

Hausarzt:	
Name: _____	Telefon: _____
Strasse: _____	FAX: _____
PLZ/Wohnort: _____	E-Mail: _____

Krankenkasse/Pflegekasse	
Name der Kasse: _____	Mitgl.nr.: _____
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	
private Zusatzversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
bei Versicherung: _____	für: _____

Finanzierung	
Monatliches Einkommen netto ca.: _____	EUR
Evtl. Antrag auf Pflegegeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Evtl. Antrag auf Sozialhilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Allgemeine Angaben:	
Gewünschte Wohnsituation: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Süd <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Nord	
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Appartement	
Aus welchen Gründen wird die Aufnahmen gewünscht:	

Wer stellt die Anfrage:	

Bemerkungen:	

Ich bin damit einverstanden, dass die persönlichen Daten zum Zwecke der Anmeldung bzw. Warteliste in der Dr. Heinrich Feuchter-Stiftung gespeichert werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____