

# Anmeldebogen

unverbindlich



|  |
|--|
| <b>Name:</b> _____   |
| <b>Vorname:</b> _____  |
| <b>Geburtsdatum:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Geburtsort: _____  |
| Adresse: _____   |
| Familienstand: _____ Konfession: _____   |
| Nationalität: _____  |

(Langzeitpflege: bitte den Wohnsitz bei der Gemeinde Unterföhring anmelden!)

## Anfrage für:

**Wunschtermin zu Aufnahme:** \_\_\_\_\_ **Grund:** \_\_\_\_\_

Tagespflege:  Kurzzeitpflege:  Verhinderungspflege:  Langzeitpflege:

Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer  Doppelzimmer  (entfällt bei Tagespflege)

**Pflegegrad:** seit wann: \_\_\_\_\_ Kein  I  II  III  IV  V  beantragt am: \_\_\_\_\_

**Rezeptgebühr/Zuzahlungsbefreit:** ja  nein

(jedes Jahr, neu bei der Krankenkasse zu beantragen)

**Beihilfeberechtigt:** ja  nein  wenn ja, \_\_\_\_\_ %  
(Prozentzahl bitte eingeben)

**Inkontinenz:** ja  nein

(Die Kosten für die Inkontinenzartikel werden erst zur Langzeitpflege von der Krankenkasse übernommen und müssen bei Kurzzeitpflege selbst gestellt werden)

**Privatversichert:** ja  nein

**Krankenkasse/Pflegekasse:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Betreuer\*in:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_  
(nach Betreuungsrecht)  
**Handy:** \_\_\_\_\_ **E-Mail** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Angehörige:** \_\_\_\_\_  
**Telefon/Mobil:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail:** \_\_\_\_\_  
**Verwandtschaftsgrad:** \_\_\_\_\_

**Angehörige:** \_\_\_\_\_  
**Telefon/Handy:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail:** \_\_\_\_\_  
**Verwandtschaftsgrad:** \_\_\_\_\_

**Wäsche von der Wäscherei waschen lassen?**      **ja**       **nein**   
(siehe gesondertes Informationsblatt)

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**  
Internet       Presse       Empfehlung Ärzteschaft       Empfehlung d. Bekannte/Familie

Einer Eintragung auf die Warteliste stimme ich zu.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Interessent\*in: \_\_\_\_\_

Vertreten durch: \_\_\_\_\_