

# 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"/>
<b>Geburtsort:</b>	_____
<b>Adresse:</b>	_____
<b>Familienstand:</b>	_____ <b>Konfession:</b> _____
<b>Nationalität:</b>	_____ <b>Beruf:</b> _____

(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: \_\_\_\_\_

**Letzte Corona Impfung am:** \_\_\_\_\_ **Impfung Nr.:** \_\_\_ **von:** \_\_\_

**Genesen / PCR, POC-PCR Ergebnis vom:** \_\_\_\_\_

**Schwerbehindertenausweis** ja  nein  **Prozent:** \_\_\_\_\_

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

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

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

Anmeldebogen Seite 2

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