

Anmeldebogen

unverbindlich



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum:

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Familienstand (seit): _____ **Konfession:** _____

Nationalität: _____ **Früherer Beruf:** _____

(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 COVID-19 Impfung am: _____ **Anzahl der COVID-19 Impfungen:** _____

Schwerbehindertenausweis ja nein **Behinderungsgrad:** _____ **Kennzeichen:** _____

Rezeptgebühr/Zuzahlungsbefreit: ja nein (jedes Jahr, neu bei der Krankenkasse zu beantragen)

Beihilfeberechtigt: ja nein wenn ja, _____ %
(Prozentzahl bitte eingeben)

Sozialhilfe beantragt: ja nein wenn ja, wann _____

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:** _____

(Die Krankenkasse ist die erste Anlaufstelle für Sie (Antragsstellung), wenn Pflege notwendig wird)

Hausarzt: _____	Adresse: _____
Telefon: _____	Fax: _____

Betreuer*in: _____	Telefon: _____
(nach Betreuungsrecht)	
Mobil: _____	E-Mail _____
Adresse: _____	

Angehörige: _____
Telefon/Mobil: _____
Adresse: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

Angehörige: _____
Telefon/Mobil: _____
Adresse: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

Wäsche von der Wäscherei waschen lassen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<small>(siehe gesondertes Informationsblatt - nur bei Langzeitpflege möglich)</small>		
Post auf das Zimmer bringen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<small>(wenn nein, wird die Post am Empfang zur Abholung hinterlegt – es wird per E-Mail über Posteingang informiert)</small>		

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			
Internet <input type="checkbox"/>	Presse <input type="checkbox"/>	Empfehlung Ärzteschaft <input type="checkbox"/>	Empfehlung d. Bekannte/Familie <input type="checkbox"/>

Einer Eintragung auf die Warteliste stimme ich zu.

Ort, Datum _____ Interessent*in: _____

Vertreten durch: _____