

# Anmeldebogen

unverbindlich

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

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)

<b>Hausarzt:</b> _____	<b>Adresse:</b> _____
<b>Telefon:</b> _____	<b>Fax:</b> _____

<b>Betreuer*in:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____
(nach Betreuungsrecht)	
<b>Mobil:</b> _____	<b>E-Mail:</b> _____
<b>Adresse:</b> _____	

<b>Angehörige:</b> _____
<b>Telefon/Mobil:</b> _____
<b>Adresse:</b> _____
<b>E-Mail:</b> _____
<b>Verwandtschaftsgrad:</b> _____

<b>Angehörige:</b> _____
<b>Telefon/Mobil:</b> _____
<b>Adresse:</b> _____
<b>E-Mail:</b> _____
<b>Verwandtschaftsgrad:</b> _____

<b>Wäsche von der Wäscherei waschen lassen?</b>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>
<small>(siehe gesondertes Informationsblatt - nur bei Langzeitpflege möglich)</small>		
<b>Post auf das Zimmer bringen?</b>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>
<small>(wenn nein, wird die Post am Empfang zur Abholung hinterlegt – Mo-Fr. 09:00-16:00 Uhr)</small>		

<b>Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?</b>			
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: \_\_\_\_\_

**Wir bitten darum, dass Sie uns sofort mitteilen, wenn Sie den Pflegeplatz nicht mehr benötigen oder sich Ihre Daten geändert haben.** Wir melden uns in regelmäßigen Abständen bei Ihnen, um die Daten abzugleichen. Sollten wir keine Rückmeldung von Ihnen bekommen, werden Sie von der Warteliste gelöscht.