



## Anmeldeformular

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Geburtsname \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_  
Ehepartner (falls vorhanden): Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Datum der Eheschließung \_\_\_\_\_

## Gegenwärtiger Aufenthalt

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Krankenhausaufenthalt/ Heim \_\_\_\_\_

## Ansprechspartner

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_  
Verwandte(r), Bekannte(r)  
Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_  
Verwandte(r), Bekannte(r) \_\_\_\_\_

## Gerichtliche bestellte(r) Betreuer(in)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_



### Wirkungskreis(e)

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| · Personensorge                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| · Vermögenssorge                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| · Aufenthaltbestimmung                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| · Patientenverfügung vorhanden           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| · Betreuung wird angeregt bzw. beantragt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| · Betreuung ist angeregt bzw. beantragt  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Inhaber/in von Vollmacht/en

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Wirkungskreis(e) \_\_\_\_\_

### Hausarzt (Hausärztin)

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

### Weitere/r behandelnde/r Arzt/Ärztin

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Krankenkasse Versicherungs- Nr. \_\_\_\_\_

Einstufung der Pflegekasse in Stufe \_\_\_\_\_

Bestätigung der Notwendigkeit vollstationärer Pflege  liegt vor  liegt nicht vor

Raucher/in  ja  nein

Besondere Wünsche (Zimmerwunsch, Mitnahme von Haustieren, Mitnahme von Möbeln)

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Der vom Arzt ausgefüllten Fragebogen  liegt vor  wird übersandt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, eigenhändig bzw. des Bevollmächtigten