

<b>Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!</b>	
<b>Name, Vorname:</b>	
Geburtsname:	Familienstand:
Geburtsort:	Familienstand seit:
Geburtsdatum:	Ort der Eheschließung:
Konfession:	Staatsangehörigkeit:
Früherer Beruf:	
<b>Gewünschte Unterbringung:</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer Nr.
	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspfl. <input type="checkbox"/> teilstationäre Pfl. <input type="checkbox"/> Beschützte Unterbr.
	Voraussichtlicher Einzugstermin:
<b>Hauptwohnsitz/ Heimatadresse:</b>	Straße, Hausnr.: PLZ, Ort: Telefon:
<b>derzeit. Aufenthalt:</b>	Bezeichnung: Anschrift: Telefon:
<b>Ges. Vertreter/in</b>	Name:
<b>Betreuer/in:</b>	Anschrift:
	Telefon:
<input type="checkbox"/> Rechnungsanschrift	E-Mail:
<input type="checkbox"/> per Post <input type="checkbox"/> per Mail	Wirkungsbereich:
Betreuerausweis bzw. Vollmacht müssen vorgelegt werden!	
<b>ggfs. weiterer</b>	Name:
<b>Ges. Vertreter/in</b>	Anschrift:
<b>Betreuer/in:</b>	Telefon:
	E-Mail:
<input type="checkbox"/> Rechnungsanschrift	Wirkungsbereich:
<input type="checkbox"/> per Post <input type="checkbox"/> per Mail	
Betreuerausweis bzw. Vollmacht müssen vorgelegt werden!	



Wenn ja, bitte Kopie des Bescheids beilegen!

Wenn kein Einstufungsbescheid vorliegt, wird bis zum Eingang eines Bescheides der Satz des voraussichtlichen Pflegegrades abgerechnet (nach Einschätzung der Pflegedienstleitung)

**Dokumentation einer Wunde:**

Ich willige ein, dass bei mir auftretende Wunden im Zusammenhang mit der Wunddokumentation und zur Absicherung des Heilungsverlaufs von den zuständigen Pflegefachkräften fotografiert werden dürfen. Gegebenenfalls darf auch ein externer Beauftragter die Wunde(n) sowie deren Fotografien inspizieren. Die Unterlagen dürfen nicht ohne mein Wissen Dritten weiter gegeben werden. Mein Einverständnis bzgl. der Fotodokumentation von Wunden kann ich jederzeit widerrufen.

**Liegt eine Inkontinenz vor?**  ja  nein

**Liegt ein Attest vor?**  ja  nein

**Anmeldung erfolgt durch:**  angemeldete Person  ges. Angehörige/n Nr.:  Vertreter/in

**Kontakt entstanden durch:**  Soz. Dienst / Krankenhaus  Mitarbeiter  Bekannte  Betreuungsstelle  Sonstige:  Pfarrer  Anzeige

**Gewünschte Zusatzleistungen**  Telefonanschluss  Sonstige:  Wäschekennzeichn. Geschätzte Stückzahl:

**Raum für weitere Anmerkung / evtl. Diagnosen:**

**Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert und im Rechenzentrum in 87439 Kempten verarbeitet werden. Ich bestätige darüber hinaus, eine ausführliche Datenschutzzinformation erhalten zu haben.

**Ort, Datum:**

**Unterschrift des/der Antragstellers/in:**

**Unterschrift des/der Aufzunehmenden:**

**Raum für Vermerke der Einrichtung:**