

<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!

<b>1. Angehörige/r</b>  Erreichbarkeit: <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> Tag und Nacht	Name: _____
	Straße, Ort: _____
	Telefon: _____
	E-Mail: _____
	Wie verwandt: _____
<b>2. Angehörige/r</b>  Erreichbarkeit: <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> Tag und Nacht	Name: _____
	Straße, Ort: _____
	Telefon: _____
	E-Mail: _____
	Wie verwandt: _____
<b>3. Angehörige/r</b>  Erreichbarkeit: <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> Tag und Nacht	Name: _____
	Straße, Ort: _____
	Telefon: _____
	E-Mail: _____
	Wie verwandt: _____
<b>Hausarzt:</b>	Name: _____
	Anschrift: _____
	Telefon: _____
<b>Krankenkasse:</b>	Name: _____
	Anschrift: _____
	Mitgliedsnr.: _____
	Zuzahlungs- befreiung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (wenn ja, bitte Ausweis beilegen)
	Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> Ja, zu _____ % <input type="checkbox"/> Nein
<b>Die Heimkosten werden aufgebracht:</b>	<input type="checkbox"/> durch die monatliche Rente über € Bitte Rentenbescheid beifügen
	<input type="checkbox"/> durch die Zuzahlung aus Barvermögen
	<input type="checkbox"/> durch das zuständige Sozialamt in:
Wird oder wurde ein Sozialhilfeantrag gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja am: _____
	Wenn ja bitte Kopie des Antrags beifügen!
Liegt eine Kostenbewilligung vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Aktenzeichen: _____
<b>Einstufung durch die Pflegekasse:</b>	Begutachtung durch MDK bereits durchgeführt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja am: _____
	Wenn ja, durch welchen MDK (Ort, Telefon)?
Liegt bereits ein Einstufungsbescheid des MDK vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Pflegegrad: _____

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 /  Mitarbeiter  
Krankenhaus  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:**