

Anmeldung



- Vollzeitpflege ab: _____
- Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____
- Verhinderungspflege von: _____ bis: _____

Persönliche Daten:

Nachname: _____	Vorname: _____
Geburtsname: _____	Staatsangehörigkeit: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Derzeitige Anschrift: _____	
Familienstand: _____	Konfession: _____

Krankenkasse: _____	Versicherten-Nr. _____
Pflegegrad: _____	<input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
falls keine, ist die Einstufung beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Höherstufung beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hausarzt: _____	
Anschrift: _____	
Tel. _____	Fax: _____

Wünscht der Bewohner ein Telefon? (siehe Anlage bee connected)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Angehörige:

Nachname: _____	Vorname: _____
Anschrift: _____	
Tel. Nr. _____	Handy Nr. _____
E-Mail: _____	
Verwandtschaftsverhältnis: _____	

Anmeldung

Weitere Angehörige:

Nachname: _____	Vorname: _____
Anschrift: _____	
Tel. Nr. _____	Handy Nr. _____
E-Mail: _____	
Verwandtschaftsverhältnis: _____	

Rechnungsempfänger:

Nachname: _____	Vorname: _____
Anschrift: _____	
Tel. Nr. _____	E-Mail: _____
Verwandtschaftsverhältnis: _____	

Gesetzliche Betreuung:

Nachname: _____	Vorname: _____
Anschrift: _____	
Telefon Nr. _____	Handy Nr. _____
E-Mail: _____	Fax Nr. _____
Wirkungskreis der Betreuung: _____	

Kostenträger:

<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Sozialamt _____
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe beantragt

Haftpflichtversicherung des Bewohners:	Nr. _____
---	------------------

Datum _____

Unterschrift _____