



# SENIORENZENTRUM DIENSTLEISTUNGS-GMBH DURACH

## Anmeldebogen für die Pflegestation/Kurzzeitpflege

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ früherer Beruf: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Str.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

Besteht eine gesetzliche Betreuung?  nein  ja, vom \_\_\_\_\_

beantragt beim Betreuungsgericht in \_\_\_\_\_

Besteht eine Vollmacht?  nein  ja, vom \_\_\_\_\_

Besteht eine Patientenverfügung?  nein  ja, vom \_\_\_\_\_

**Name des Betreuers/Bevollmächtigten, Anschrift, Telefonnr.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Angehöriger, Anschrift, Telefonnr., Beziehungsgrad**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wünschen Sie Aufnahme in ein**  Einzelzimmer  Doppelzimmer

**Zu welchem Zeitpunkt wollen Sie aufgenommen werden**

dringend  vorsorgliche Anmeldung ca. \_\_\_\_\_

**Haben Sie Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz beantragt:**

nein  ja wenn ja, Bescheid über Eingruppierung liegt vor:  nein  
 ja, Pflegegrad: \_\_\_\_\_  
seit wann: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis  ja  nein , beantragt  ja  nein

Können Sie die Heimkosten selbst bezahlen  ja  nein

wenn nicht, Antrag auf Kostenübernahme wurde gestellt  ja  nein

**Ich bin einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert werden**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie uns telefonisch Bescheid wenn Sie an einer Vormerkung nicht mehr interessiert sind.  
Andernfalls nehmen wir Ihre Anmeldung nach 1 Jahr aus unserer Warteliste.**