



# ANMELDEFORMULAR

Vor- und Zuname:	derzeitiger Aufenthaltsort falls abweichend (Krankenhaus / Altenheim):
Straße:	Straße:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Tel-Nr.:	Tel-Nr.:
Geburtsdatum:	
Hausarzt:	Ort:

Krankenkasse	Zimmerwunsch	Dringlichkeit						
Name:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> <b>Vorabanmeldung</b> (noch kein Aufnahmebedarf – die Anmeldung soll bis auf Widerruf bestehen bleiben)						
Vers.-Nr.:	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> <b>Normale Anmeldung</b> (zeitnahe Aufnahmewunsch)						
Pflegegrad: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">kein</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td></tr></table>	kein	1	2	3	4	5		<input type="checkbox"/> <b>Dringende Anmeldung</b> (baldmöglichste Aufnahme)
kein	1	2	3	4	5			
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">evtl. gewünschter Aufnahmeterrnin:</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> </table>	evtl. gewünschter Aufnahmeterrnin:					
evtl. gewünschter Aufnahmeterrnin:								

Art der Erkrankung / Einschränkungen (körperlich, geistig ...)

Angehörige / Bevollmächtigte

Name:	Name:	Name:
Straße:	Straße:	Straße:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Tel-Nr.1 / tagsüber erreichbar:	Tel-Nr.1 / tagsüber erreichbar:	Tel-Nr.1 / tagsüber erreichbar:
Tel-Nr.2 / evtl. Handy:	Tel-Nr.2 / evtl. Handy:	Tel-Nr.2 / evtl. Handy:
E-Mail:	E-Mail:	E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> notarielle Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Betreuer nach Betreuungsrecht	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> notarielle Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Betreuer nach Betreuungsrecht	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> notarielle Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Betreuer nach Betreuungsrecht

Hinweise, Ergänzungen, Sonstiges

Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller:	Unterschrift des Aufzunehmenden:
-------------	-----------------------------	----------------------------------

Bei Veränderungen (Personalien, Pflegebedarf, Dringlichkeit oder Stornierung der Anmeldung) bitten wir Sie um eine Rückmeldung (z.B. telefonisch, schriftlich, E-Mail)!







**Ärztlicher Fragebogen - Seite 2/2**

Medikament	Dosierung	Medikament	Dosierung

**Hinweise, Bemerkungen**


Ort, Datum	Stempel und Unterschrift Arztes
------------	---------------------------------