

Anmeldebogen

1) Name Titel

2) Vorname(n)

3) Straße

PLZ Wohnort Tel.

4) Geburtsdatum Geburtsort Geburtsname

5) Familienstand Staatsangehörigkeit Religion

6) Beruf

7) Derzeitiger Aufenthalt

Krankenhaus Heim bei Verwandten eigene Wohnung

8) Person des Vertrauens die bei der Abwicklung behilflich ist

Betreuung Vollmacht Angehörige

Name Vorname

Straße PLZ / Ort

Tel. privat geschäftl. E-Mail

9) Name der Krankenkasse / Pflegekasse

Straße PLZ / Ort

Telefon Vers.nr.

Einstufung durch Pflegekasse vorhanden nein ja, Pflegegrad 1 2 3 4 5

Einstufung durch Pflegekasse beantragt nein ja, am

10) Versicherungsverhältnis (z.B. Rentner, freiw. Mitglied)

11) Name des Hausarztes

Straße PLZ / Ort

Tel. Fax E-Mail

12) Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei ja wird nachgereicht

13) Die Anmeldung ist vorsorglich dringend

14) Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen (z.B. Inanspruchnahme Ambulanter Pflegedienste)

15) War der/die Patient*in mit COVID-19 infiziert? ja, festgestellt am nein

COVID-19 Schutzimpfung vollständig erhalten? ja, am nein

_____, den _____ Unterschrift des Antragstellers