

Bierbaumstr. 3 • 53332 Bornheim
Tel 02222 92725-0 • Fax 02222 92725-100

Anmeldung zum Einzug in das Seniorenhaus/ die Hausgemeinschaften

- Anmeldung zur Kurzzeitpflege, von _____ bis _____**
 Anmeldung vollstationäre Pflege

- dringend** **vorsorglich**

1. Personendaten des zukünftigen Bewohners

Name _____	Geburtsname _____
Vorname _____	Titel _____
Straße Hausnummer _____	Telefon Nr. _____
PLZ Wohnort _____	
geboren am _____	in _____
Familienstand _____	Konfession _____
Kinder Anzahl _____	Staatsangehörigkeit _____

2. Rechnung an den Bewohner? 0 ja 0 nein Wenn nein, Rechnung an:

Name, Vorname, Titel _____
Straße Hausnummer _____
PLZ Wohnort _____
Telefon Nr. _____
E-Mail: _____

3. Betreuer oder Bevollmächtigter (Vollmacht oder Bestallungsurkunde als Kopie beifügen)

Name, Vorname, Titel _____	
Straße Hausnummer _____	
PLZ Wohnort _____	
Handy Nr. _____	E-mail _____
Telefon Nr. _____	
Fax Nr. _____	

4. Zahlungsmodalität/Rechnungsversand

<input type="radio"/> Bankeinzug bzw. Gutschrift	<input type="radio"/> Überweisung
Konto-Nr	Inhaber
IBAN	BIC
BLZ	Bank

Rechnungsversand per verschlüsselter E-Mail gewünscht?

Ja, an folgende E-Mail Adresse: _____

Vermerk des Seniorenhauses:

Einzug am _____ Zimmer _____ HG/Wohnbereich _____

Bemerkungen:

5. Krankenkasse / Pflegekasse

Mitgliedsnummer _____

Status: Mitglied Familienversichert Rentner Privatversichert
 Selbstzahler

Name der Kasse _____

Pflegegrad des zukünftigen Bewohners

Pflegegrad beantragt

Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

(Bitte den Bescheid der Pflegekasse als Kopie beifügen)

Ist der Antrag auf **stationäre** oder Kurzzeitpflegeleistung Pflegeleistung gestellt?

ja nein (Kopie bitte beifügen)

Restbetrag für die Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege?

ja _____ € nein

Liegt eine Inkontinenz vor?

Ja Nein

Ich bin von der Zuzahlung befreit?

Ja ab _____ nein

Ich bin beihilfeberechtigt (50% oder 30%)?

Nein Ja, zu _____%

Findet ein Einrichtungswechsel statt?

Ja Nein

6. Kriegsofferfürsorge

Ich erhalte Versorgungsbezüge vom Versorgungsamt

Bitte Rentenbescheid beifügen!

7. Angehörige

Bezug zum Pflegebedürftigen _____

Name, Vorname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Telefon Nr. privat _____

Telefon Nr. mobil _____

Telefon Nr. dienstlich _____

Fax Nr. _____

E-Mail _____

Bezug zum Pflegebedürftigen _____

Name, Vorname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Telefon Nr. privat _____

Telefon Nr. Mobil _____

Telefon Nr. dienstlich _____

Fax Nr. _____

E-Mail _____

Bezug zum Pflegebedürftigen _____

Name, Vorname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Telefon Nr. privat _____

Telefon Nr. Mobil _____

Telefon Nr. dienstlich _____

Fax Nr. _____

E-Mail _____

Bezug zum Pflegebedürftigen _____

Name, Vorname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Telefon Nr. privat _____

Telefon Nr. Mobil _____

Telefon Nr. dienstlich _____

Fax Nr. _____

E-Mail _____

8. Hausarzt/ Impfstatus Covid-19

Titel, Name	Telefon Nr
Vorname	Fax
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

Übernimmt der Hausarzt auch weiterhin die Versorgung? Ja Nein

Liegt eine Covid-19 Impfnachweis vor? Ja Nein

9. Fachärzte

Fachrichtung	Telefon Nr.
Titel, Name, Vorname	Fax
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

10. Zimmerwunsch

Zutreffendes bitte ankreuzen	
<input type="radio"/> Einzelzimmer	<input type="radio"/> Doppelzimmer

Ort , Datum Unterschrift des Pflegebedürftigen

Ort , Datum Unterschrift der vertretungsberechtigten Person

Mit der Unterschrift bestätige ich zudem, dass mir die Informationen gem. § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) schriftlich ausgehändigt wurden.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.

Folgende Formulare sind vor Vertragsabschluss und Einzug beizubringen:

- Erklärung Einkommen und Vermögen
- Formular ärztliche Bescheinigung oder Arztbericht/ Überleitung Krankenhaus