	QM-Handbuch	QM - Nr.: <b>F3-Vaw-3.5-2</b>
	<b>Anmeldung zur Aufnahme in die Pflege</b>	Geltungsbereich: <b>Alle Bereiche</b>
		gültig ab: <b>01.01.2017</b>
Zweck: Strukturierte Anmeldung		Seite 1 von 4

Bitte geben Sie diesen Fragebogen zusammen mit dem ärztlichen Fragebogen ab!  
Bitte beachten! Alle Fragen sollten vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden.  
Vielen Dank!

**Zuname:** \_\_\_\_\_  
(Geburtsname)

**Vorname(n)** \_\_\_\_\_  
(Rufname bitte unterstreichen)

**Hauptwohnsitz**

\_\_\_\_\_  
Strasse und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Wohnort, Gemeinde                      Telefon

**Zurzeit in welchem Krankenhaus** \_\_\_\_\_

**in welcher Altenpflegeeinrichtung** \_\_\_\_\_

**in welcher sonstigen Einrichtung** \_\_\_\_\_

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Aufnahmegrund: \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **in (ggf. Land/Stadt):** \_\_\_\_\_


**Familienstand:**  verh.     getrennt leben     geschieden     verw     ledig

**Konfession:** \_\_\_\_\_ **Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_ **Beruf:** \_\_\_\_\_

**Letzte Eheschließung:** am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

erarbeitet:	überprüft:	freigegeben:
V.Mathy	A.Kolb/Vw.	M. Blinn/V
29.12.2016	29.12.2016	29.12.2016



	QM-Handbuch	QM - Nr.: <b>F3-Vaw-3.5-2</b>
	<b>Anmeldung zur Aufnahme in die Pflege</b>	Geltungsbereich: <b>Alle Bereiche</b>
Zweck: Strukturierte Anmeldung		gültig ab: <b>01.01.2017</b>
		Seite 3 von 4

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Anschrift:** \_\_\_\_\_  
(oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw.)

**Versicherungsverhältnis:** \_\_\_\_\_ **Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_  
(z.B. Rentner; freiw. Mitglied (d. Krankenkasse oder Aktenz. d. Familienhilfe) Trägers)

**Name des Hausarztes:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Monatliches Einkommen** (nach dem heutigen Stand):


Art des Einkommen	Zahlende Stelle	Betrag

**Kostenträger** (Zutreffendes bitte ankreuzen!) Die Altenpflegeeinrichtungskosten werden aufgebracht durch:

- das oben angeführte monatliche Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben) Bestand heute in Euro .....
- Zahlungen von ..... das zuständige Sozialamt in .....

**Gewünschter Aufnahmetermin:** \_\_\_\_\_

erarbeitet:	überprüft:	freigegeben:
V.Mathy	A.Kolb/Vw.	M. Blinn/V
29.12.2016	29.12.2016	29.12.2016

	QM-Handbuch	QM - Nr.: <b>F3-Vaw-3.5-2</b>
	<b>Anmeldung zur Aufnahme in die Pflege</b>	Geltungsbereich: <b>Alle Bereiche</b>
		gültig ab: <b>01.01.2017</b>
Zweck: Strukturierte Anmeldung		Seite 4 von 4

**Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?** (Bitte Name und genaue Anschrift)

\_\_\_\_\_

**In welcher Eigenschaft?** \_\_\_\_\_

**Hinweise, Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind. Die Vormerkung zur Aufnahme erfolgt grundsätzlich erst **nach Abgabe aller notwendigen Unterlagen. Die Kostenverpflichtung ist unbedingt erforderlich.**

Diese Anmeldung ist- bis auf Widerruf- verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragsstellers

erarbeitet:	überprüft:	freigegeben:
V.Mathy	A.Kolb/Vw.	M. Blinn/V
29.12.2016	29.12.2016	29.12.2016