

## Unverbindlicher Anmeldebogen

Laden sie unser Formular herunter und füllen sie es direkt an Ihrem Computer aus. Abspeichern und via Mail an [belegungsmanagement@sozialzentrum-diakonie.de](mailto:belegungsmanagement@sozialzentrum-diakonie.de) senden (*PDF Reader Downloadlink*). Sie können es aber auch ausdrucken, per Hand ausfüllen und uns an folgende Nummer **faxen: 0911/98876900**. Bei Unklarheiten zu einzelnen Punkten lassen Sie diese frei und wir klären dies in einem persönlichem Gespräch.

### Bewohner

Name und Vorname:

geboren ... am: Ort:

Geburtsname:

Adresse Straße:  
PLZ/Ort:

Telefon:

Derzeitiger Aufenthaltsort,  
wenn nicht der Wohnort: Rehaklinik  
Krankenhaus  
Kurzzeitpflege

Familienstand: verh. gesch. ledig verw.

Konfession:

Haben Sie bisher Leistungen  
der ambulanten Pflege erhalten? Ja Nein

Name des Pflegedienstes:

### Ansprechpartner bzw. Betreuer

Name und Vorname:

Adresse Straße:  
PLZ/Ort:

Telefon:

Handy:

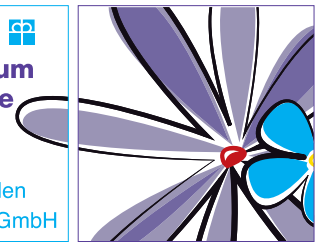
E-Mail:

Sind Sie der Betreuer: Ja Nein

Liegt ein gerichtlicher Beschluss vor? Ja Nein

Liegt eine Patientenverfügung vor? Ja Nein

Liegt eine Vollmacht vor? Ja Nein



# Unverbindlicher Anmeldebogen Seite 2

## Rechnungsstellung

**Rechnungsanschrift:** Bewohner im Wohnbereich  
 Per E-Mail  
 Per Post an Betreuer/Bevollmächtigten  
 (Verwaltungsgebühren 5€)

**Kostenübernahme:** Selbstzahler  
 Bezirk Mittelfranken    Antrag gestellt am :

## Kranken-/Pflegekasse

**Kranken-/Pflegekasse**    Name:  
   Anschritt:  
   Telefon:  
   Fax:

**Versicherungsnummer:**

**Schwerbehindertenausweis:**            Ja            Nein

**Pflegegrad:**                                Ja, welche:  
   Nein  
   beantrag wann:

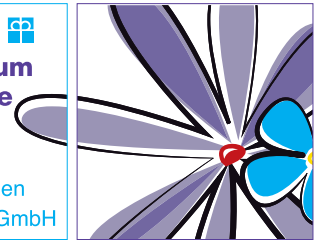
<b>Liegt bereits ein MDK Gutachten über erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf vor?</b>	§ 87b	Ja	Nein
	§45a	Ja	Nein

**Beihilfeversicherung**                        Nein            Ja

  Name:  
   Anschritt:  
   Telefon:

**Inkontinenzrezept vorhanden:**        Ja            Nein

**Befreiung von Zuzahlungen:**            Ja            Nein



## Unverbindlicher Anmeldebogen Seite 3

### Hausarzt

**Derzeitiger Hausarzt**      Name:  
   Straße:  
   PLZ/Ort:  
   Telefon:  
   Fax:

**Betreut Sie ihr Hausarzt weiter?**      Ja      Nein

**Liegt ein Suchtverhalten vor?**      Ja, welches:  
   Nein

### Todesfall

**Wer ist im Todesfall**      Name:  
**zu benachrichtigen?**      Anschrift:  
   Telefon:

### Zusätzliche Informationen:

Ort:

Datum:

---

Unterschrift des Bewohners

---

Unterschrift des Bevollmächtigten/Betreuers