

Vormerkung / Anmeldung

Gewünschter Einzugstermin: _____

- Einzelzimmer
 Doppelzimmer

Am Hopfenberg 36
95500 Heinersreuth
0921/745448-8

1. Persönliche Angaben:

Name _____ Geburtsname _____
Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße, Nr. _____ Geburtsort _____
PLZ/Ort _____ Telefon _____
Familienstand verheiratet verwitwet
 ledig geschieden getrennt lebend
Konfession kath. ev. andere _____
Staatsangehörigkeit deutsch _____

2. Bitte nennen Sie zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Verwandtschaftsgrad _____	Verwandtschaftsgrad _____
Straße, Nr. _____	Straße, Nr. _____
PLZ/Ort _____	PLZ/Ort _____
Telefon _____	Telefon _____
Telefon tagsüber _____	Telefon tagsüber _____
E-Mail _____	E-Mail _____

3. Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Straße/PLZ/Ort _____
Telefon _____ Telefax _____

4. Bitte nennen Sie Ihre Kranken- und Pflegekasse: _____

Straße, Nr. _____
PLZ/Ort _____ pflichtversichert
Mitglieds-Nr. Krankenkasse _____ privat versichert
Mitglieds-Nr. Pflegekasse _____ zusätzlich privat versichert

Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor? nein ja
befreit bis _____

➤ Wenn Sie privat versichert oder zusätzlich privat versichert sind:

Name der privaten (Zusatz-) Versicherung _____
Mitglieds-Nr. _____
Straße, Nr. _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ Telefax _____

Erstellt von:	Freigegeben	Ausgabe	Datum	Seite
Lochmüller	Engelmann	5	04.2021	Seite 1 von 2
				3.1.3

➤ **Sind Sie beihilfeberechtigt?**

nein ja

Beihilfestelle _____ Aktenzeichen _____
Straße, Nr. _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ Telefax _____

**5. Liegt eine amtliche Betreuung oder
Vorsorgevollmacht vor oder ist eine bestellt.**

nein ja

Name des Betreuers _____ Telefon _____
Straße, Nr. _____ PLZ/Ort _____

6. Kostenträger:

aus eigenen Mitteln

nein ja

Rechnungsempfänger/in _____ Name _____
Straße, Nr. _____ PLZ/Ort _____

➤ **Liegt ein Bewilligungsbescheid der Pflegekasse vor?**

Nein ja

welcher Pflegegrad?

keine Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

Antrag bei der Pflegekasse wurde gestellt am _____

Leistungen der Pflegeversicherung wurde abgelehnt am _____

➤ **Wurde ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt?**

Nein Ja

beantragt am _____

Sozialamt _____ Sachbearbeiter/in _____

Straße, Nr. _____ Telefon _____

PLZ/Ort _____ Telefax _____

Mitzubringende Unterlagen:

Ärztliches Attest (Original)

Personalausweis (in Kopie)

Bundesvertriebenenausweis (in Kopie)

Schwerbehindertenausweis (in Kopie)

Ort, Datum

Antragsteller/in

Erstellt von:	Freigegeben	Ausgabe	Datum	Seite
Lochmüller	Engelmann	5	04.2021	Seite 2 von 2
				3.1.3