

<b>Anmeldung zur stationären Dauerpflege</b>	<b>Datum:</b> _____
--	---------------------

Name: .....

Vorname: .....

Geb. am: .....

Geb. Ort: .....

Geb. Name: .....

Fam. Stand: .....

Konfession: .....

Straße, Haus Nr.: .....

PLZ Ort: .....

Hausarzt: .....

Betreuer / in: .....

Kasse: .....

Termin : .....

Befreiungen:  Zuzahlungsbefreiung nach § 62 und § 40 (Krankenkasse)

Anmeldung durch:  Angehörige     Krankenhaussozialdienst     Betreuer/in

Adresse: .....

.....

Telefon: .....

E - Mail: .....

Pflegebedürftigkeit nach SGB XI:  beantragt     genehmigt     abgelehnt

Pflegegrad:  1     2     3     4     5

Selbstzahler:  ja     nein

Sozialhilfe nach § 69b, Abs. 2:  ja     nein

Sonstiges: .....

.....