

Stammblatt/Anmeldung

Bezeichnung der Einrichtung/Stempel

Name:

Personaldaten**Krankenkasse**

Name:

Name:

Geburtsname:

Straße:

Vorname:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Geburtsort:

Vers. Nr.:

Familienstand:

Konfession:

zuständiges Sozialamt:

Tag der Aufnahme vollst.:

Zi.:

Straße:

Kzpf:

PLZ/Ort:

Tag der Entlassung:

Telefon:

verstorben:

Bearbeiter:

Bestattungsinstitut

amtl. An- Abmeldung:

am:

Name:

Mitgabe Wohnungsgeberbestätigung

am:

Straße:

Pflegewohngeld:

ja

nein

PLZ/Ort:

Sozialhilfe:

ja

nein

Telefon:

Beihilfe:

ja

nein

Wer ist zu verständigen ?

Angehörige (Hauptansprechpartner/in)**Behandelnder Arzt**

Name:

Name:

Straße:

Straße:

PLZ/Ort:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefon:

mobil:

Pflegeeinstufung

E-Mail:

Datum:

Verwandtschaftsgrad:

Pflegegrad:

Betreuer/Bevollmächtigter**Abgabe bei Einzug:**

Name:

Personalausweis

Straße:

Versichertenkarte

PLZ/Ort:

Impfausweis

Telefon:

Schwerbehindertenausweis

E-Mail:

Bestätigung des Pflegegrades

Wirkungskreis:

Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung

Hat der Bewohner Telefon?

ja

nein

Telefonnummer:

Sonstiges:

Ort

Datum

Unterschrift Mitarbeiter/in

Unterschrift Antragsteller/in

