



Anmeldung zur Heimaufnahme
Kurzzeitpflege und/ oder Dauerpflege

Altenheim St. Ludwig · Georgenstr. 15 · 64331 Weiterstadt ·
st.ludwig@johannesbund.de Tel.: 06150/132-0 · Fax: 06150/132-184

Stammdaten

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtstag	Geburtsort:
Anschrift	
Telefonnummer	
Derzeitiger Aufenthalt	
Familienstand	Konfession:
Staatsangehörigkeit	

Bezugspersonen, Ansprechpartner

1) Name, Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Anschrift	
Telefon(fest+mobil), Email	
2) Name, Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Anschrift	
Telefon(fest+mobil), Email	
3) Name, Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Anschrift	
Telefon(fest+mobil), Email	

Aufnahmedaten

Zimmerwunsch	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Mehrplatzzimmer
Gewünschter Aufnahmezeitpunkt	
Hinweis	

Vollmachten, Betreuungen

Altersvorsorgevollmacht an	
Anschrift	
Telefon(fest+mobil), Email	
Gesetzliche Betreuung durch	
Betreuungskreise	<input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Verträge
Anschrift	
Telefon(fest+mobil), Email	

Corona-Schutzimpfung

Vollimpfung am	Impfung gewollt <input type="checkbox"/> <i>Hinweis:</i>
----------------	--

Ärzte

Hausarzt/ Praxis	
Anschrift	
Telefon	



Facharzt/ Praxis	
Anschrift	
Telefon	
Zahnarzt/ Praxis	
Anschrift	
Telefon	
Kooperationszahnarzt der Einrichtung gewünscht?	<i>Hinweis:</i> <input type="checkbox"/> ja <i>Ein Zahnstatus wird vertragsgemäß erhoben</i>

Kranken- und. Pflegekasse

Name	
Anschrift	
Versichertenverhältnis	
Mitgliedsnummer	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Antrag gestellt

Vermögensverhältnisse

Reichen die Eigenmittel zur Finanzierung ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuzahlung durch Angehörige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name	
Anschrift	
Telefonnummer	
Wenn nein Zuzahlung durch öffentlichen Kostenträger	Welcher?
Kostenübernahme beantragt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Übernahmebewilligung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behörde	
Anschrift	

Warum haben Sie sich für St. Ludwig entschieden?
--

Weitere Anmerkungen

Mit der Unterschrift erlauben Sie uns, Ihnen einen Pflegeplatz anzubieten. Dieser Anmeldebogen hat keinen vertraglichen Charakter.

Ich nehme zur Kenntnis, dass im Rahmen des Anmeldeverfahrens personenbezogene Daten gespeichert werden. Diese Daten unterliegen den datenschutzrechtlichen Vorschriften.

_____, den _____

Unterschrift des Antragstellers bzw. Bevollmächtigten