

# Anmeldeformular

Seniorenitz der Blindenhilfe „Auf der Karthause“

Magdeburger Str. 13-15

56075 Koblenz

Tel.:0261/5020 Fax.:0261/5021020 Email: info@seniorenitz-karthause.de

## Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geb.ort: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsverhältnis: \_\_\_\_\_

Befreit von Zuzahlungen: ja  nein  Versichertenummer: \_\_\_\_\_

Sind Sie vollständig gegen Covid 19 geimpft? ja  nein  Impfpass bitte mitbringen

## Angehörige/ Bezugsperson:

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

2. Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

## Amtliche Betreuung/ Bevollmächtigte Person:

Name: \_\_\_\_\_ Tel., Email: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Betreuungsbeschluss, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Befreiungsausweis bitte mitbringen

DIN EN ISO 9001:2008 Erstellt durch: Daniel Gehm, QM	Datum der Erstellung: 21.12.2022	Version: 1	Datum der Freigabe: 21.12.2022	Freigabe durch den Leiter: Einrichtungsleitung Hr. W. Reick (Unterschrift)
--	-------------------------------------	---------------	-----------------------------------	--

**Hausarzt:**

Name + Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Betreuung in unserer Einrichtung: ja  nein

**Kosten:**

Pflegegrad: ja  nein  welcher: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_

Erstantrag / Höherstufungsantrag gestellt: ja  nein  wann: \_\_\_\_\_

**Monatliches Einkommen:**

Art des Einkommens: \_\_\_\_\_

zahlende Stelle: \_\_\_\_\_

Betrag: \_\_\_\_\_

Waren Sie seit dem 01.01.2019 schon einmal in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht?

Ja  Nein  Zeitraum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie in diesem Kalenderjahr bereits Leistungen zur Kurzzeitpflege in Anspruch genommen oder diese Leistungen umgewandelt? Ja  Nein

Die für mich entstehenden Kosten, werden:

von mir selbst, durch das oben aufgeführte Einkommen oder Barvermögen bestritten

durch das zuständige Sozialamt übernommen Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Gewünschter Einzugstermin: \_\_\_\_\_ Einzelzimmer  Doppelzimmer

Wer stellt diesen Antrag?

Name, Adresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

AntragstellerIn/ BetreuerIN, Bevollmächtigte/r/ Angehörige

DIN EN ISO 9001:2008 Erstellt durch: Daniel Gehm, QM	Datum der Erstellung: 21.12.2022	Version: 1	Datum der Freigabe: 21.12.2022	Freigabe durch den Leiter: Einrichtungsleitung Hr. W. Reick (Unterschrift)
--	-------------------------------------	---------------	-----------------------------------	--