

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name		Facharzt für	
Vorname		Telefon	
Straße, Nr.		Handy	
PLZ/Ort		E-Mail	

Bitte nennen Sie uns Ihre zuständige Kranken- und Pflegekasse:

<input type="radio"/> AOK Plus	<input type="radio"/> AOK Hessen	<input type="radio"/> AOK Bayern	<input type="radio"/> Knappschaft
<input type="radio"/> BARMER	<input type="radio"/> TKK	<input type="radio"/> IKK	<input type="radio"/> BKK
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zuzahlungsbefreit: beitragsbefreit pflichtversichert

Mitglieds-Nr. Pflegekasse..... privat versichert zusätzlich privat versichert

Wenn Sie privat versichert oder zusätzlich versichert sind:

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

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Name der Beihilfestelle:			
Mitglieds-Nr.:			
Straße, Nr.		Telefon	
PLZ/Ort		Telefax	

Kostenträger:

aus eigenen Mitteln (gesetzl. Eigenanteil)

Rechnungsempfänger:

Name		Rechnung per Post	
Vorname		Rechnung per Mail	
Straße, Nr.			
PLZ/Ort			

Bewilligungsbescheid der Pflegekasse liegt vor **Pflegegrad:** 1 2 3 4 5

Leistungen aus der Pflegeversicherung wurden abgelehnt

Sozialamt Beantragt am
 PLZ/Ort Sachbearbeiter

Gewünschte Unterbringung:

Doppelzimmer oder Einzelzimmer Ab wann möchten Sie das Zimmer beziehen?

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer: befristet von bis
 auf Dauer

Eine Aufklärung über die Möglichkeit staatlicher Zuschüsse erfolgte ja / nein

*Als Anlage zum Anmeldebogen dient die beigefügte Einwilligungserklärung zum Datenschutz.

.....
Datum/Unterschrift des Antragstellers

.....
Datum/Unterschrift/Stempel der Einrichtung