

ANMELDUNG ZUM EINZUG

Familienname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsort _____
Geborene _____	Familienstand _____
Konf. _____	
Straße und Ort _____	
Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> vorl. PG <input type="checkbox"/> HST beantragt	

Ansprechpartner

Name _____	
Adresse _____	
Tel. _____	Mobil: _____
Emailadresse _____	
Verwandtschaftsgrad _____	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigt <input type="checkbox"/> Betreuer
Name _____	
Adresse _____	
Tel. _____	Mobil: _____
Emailadresse _____	
Verwandtschaftsgrad _____	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigt <input type="checkbox"/> Betreuer

Renten, Vermögen, Beihilfe:

Art _____	Höhe _____	€ _____	
Art _____	Höhe _____	€ _____	
<i>(Bitte Fotokopie(n) beifügen)</i>			
Ist Vermögen über 10.000 € vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, bitten wir um Angabe:	_____		
Grundantrag auf Sozialhilfe gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, bei welchem Sozialamt?	_____		

Kranken-/Pflegekasse _____	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat
Versicherungsnummer _____	<input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreit
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%

Hausarzt: _____

Wir weisen darauf hin, dass eine Aufnahme nur dann erfolgen kann, wenn die Kostenfrage ggfs. unter Hinzunahme des Sozialamtes geklärt ist. Ich versichere hiermit, die Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Essen, _____

Unterschrift: _____