

# Anmeldebogen

Seniorenbetreuung Scheidegg gGmbH

Senioren- und Pflegeheim St. Vinzenz

Am Sportplatz 7 | 88175 Scheidegg

Tel.: 08381 / 807 809-0 | Fax: 08381 / 807 809-70



Anmeldung  zum „vollstationären Aufenthalt“  zur „Kurzzeit- und/oder Verhinderungspflege“

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Zuzahlungsbefreit:  ja  nein

Pflegegrad:  Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5  beantragt

*(wenn Pflegegrad vorhanden, bitte entsprechenden Bescheid in Kopie beilegen)*

Angehörige/r 1: \_\_\_\_\_

*Verwandtschaftsgrad*

*Name, Vorname*

*Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)*

*Telefon privat*

*Telefon privat*

*Telefon Mobil*

Angehörige/r 2: \_\_\_\_\_

*Verwandtschaftsgrad*

*Name, Vorname*

*Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)*

*Telefon privat*

*Telefon privat*

*Telefon Mobil*

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

*(bitte auch den vom Arzt mit ausgefüllten und unterschriebenen Gesundheitsfragebogen beifügen)*

Haben Sie eine/n Betreuer/in oder eine Vollmacht erteilt?  Ja  Nein

**Art der Betreuung:**  privatrechtliche Vollmacht  notarielle Vollmacht  gerichtliche Betreuung  
*(bitte unbedingt eine Kopie des Betreuerausweises oder der jw. Vollmacht beifügen)*

Haben Sie eine Patientenverfügung? *(falls ja, bitte Kopie beifügen)*  Ja  Nein

Zimmerwunsch:  Einzelzimmer  Doppelzimmer  beides möglich

Aufnahmedatum: bei Vollstationär  schnellstmöglich  ab/zum: \_\_\_\_\_  Warteliste

bei Kurzzeitpflege  schnellstmöglich  von \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Warteliste

Für interne Zwecke: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*weiter auf Seite 2 -*

# Anmeldebogen

Seniorenbetreuung Scheidegg gGmbH

Senioren- und Pflegeheim St. Vinzenz

Am Sportplatz 7 | 88175 Scheidegg

Tel.: 08381 / 807 809-0 | Fax: 08381 / 807 809-70



Werden Sie von einem ambulanten Pflegedienst betreut?

 Ja Nein

Pflegedienst:

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Telefon

Rechnungsempfänger für die Abrechnung des Eigenanteils

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse, PLZ, Ort

Zahlungsart:

per Rechnung (Zahlungsziel: 7 Tage nach Rechnungserhalt)

per Lastschrift (siehe SEPA-Lastschrift-Mandat im Heimvertrag, bzw. als separate Anlage)

Kostenträger:

eigenes Vermögen/Einkommen

eigenes Vermögen/Einkommen + Pflegeversicherung

eigenes Vermögen/Einkommen + Pflegeversicherung + Sozialhilfe

Sozialhilfe beantragt?

 Ja Nein

Zuständiges

Sozialamt

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Notizen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Auskunftgebers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufzunehmenden (sofern möglich)