

## Anmeldung

Vorname, Name \_\_\_\_\_ geborene \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, Geburtsort \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Angehörige Name \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Name \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Vorsorgevollmacht  Patientenverfügung

Betreuer (nach Betreuungsrecht)

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Bestellsurkunde liegt vor  Betreuung beantragt

Finanzierung

Ansprechpartner für finanzielle Angelegenheiten: \_\_\_\_\_ Vollmacht  ja  nein

Zahlung  aus eigenem Einkommen

Kostenübernahme aus Sozialhilfemitteln, dann:  Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_

Meldung der Einrichtung

Hausarzt Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Hausbesuche:  Ja  Nein

Apotheke Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Rezeptgebührenbefreiung  Ja  Nein

Kranken-/Pflegekasse \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

Pflegegrad  beantragt am \_\_\_\_\_  1  2  3  4  5 ab \_\_\_\_\_

Betreuungsleistung nach § 43b  ja  nein

Ambulanter Dienst  Ja  Nein

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Sachleistungen  Ja  Nein

Kombinationsleistungen  Ja  Nein

Fahrdienst  Taxi  Privat

Schwerbeh.ausweis  Ja  Nein

Erst möglicher Termin: \_ \_\_\_\_\_  Mo  Di  Mi  Do  Fr

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

Ärztliches Zeugnis für Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 des Heimgesetzes aufgenommen werden sollen.

**1. Ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz**

Aufgrund meiner persönlichen Kenntnis und/oder meiner Untersuchung

vom \_\_\_\_\_ wird bescheinigt, dass bei

Frau/Herrn

geb.

keine Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose bestehen.  
(Nicht älter als 6 Monate)

**2. Sonstige Infektionskrankheiten**

- Hepatitis A, B, C
- Salmonellose
- HIV \_\_\_\_\_ oder
- andere meldepflichtige  
Infektionskrankheiten .Angaben
- sind mir aus der bisherigen Krankengeschichte nicht bekannt/Anzeichen für  
Infektionskrankheiten liegen nicht vor.

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

.....  
(Unterschrift des Arztes/Stempel)