

## Anmeldebogen

1) Name  Titel

2) Vorname(n)

3) Straße

PLZ  Wohnort  Tel.

4) Geburtsdatum  Geburtsort  Geburtsname

5) Familienstand  Staatsangehörigkeit  Religion

6) Beruf

7) Derzeitiger Aufenthalt

Krankenhaus  Heim  bei Verwandten  eigene Wohnung

8) Person des Vertrauens die bei der Abwicklung behilflich ist

Betreuung  Vollmacht  Angehörige

Name  Vorname

Straße  PLZ / Ort

Tel. privat  geschäftl.  E-Mail

9) Name der Krankenkasse / Pflegekasse

Straße  PLZ / Ort

Telefon  Vers.nr.

Einstufung durch Pflegekasse vorhanden  nein  ja, Pflegegrad  1  2  3  4  5

Einstufung durch Pflegekasse beantragt  nein  ja, am

10) Versicherungsverhältnis (z.B. Rentner, freiw. Mitglied)

11) Name des Hausarztes

Straße  PLZ / Ort

Tel.  Fax  E-Mail

12) Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei  ja  wird nachgereicht

13) Die Anmeldung ist  vorsorglich  dringend

14) Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen (z.B. Inanspruchnahme Ambulanter Pflegedienste)

15) War der/die Patient\*in mit COVID-19 infiziert?  ja, festgestellt am   nein

COVID-19 Schutzimpfung vollständig erhalten?  ja, am   nein

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers