

# Anmeldung

Diese Anmeldung bitte vollständig ausgefüllt zurücksenden. Bitte prüfen Sie Ihre Angaben auf ihre Richtigkeit, da diese zur Vertragserstellung dienen.

## 1. Angebotsauswahl

Haus der Pflege / Ort (Mehrfachauswahl möglich):

Ravensburg	Bodensee	Ba-Wü./Rheinl. Pfalz	Bayern
<input type="checkbox"/> Adolf-Gröber-Haus, Weingarten	<input type="checkbox"/> Dr. Albert Moll, Tettngang	<input type="checkbox"/> Altenpflegeheim Gosheim	<input type="checkbox"/> St. Dominikus, Bad Grönenbach
<input type="checkbox"/> St. Barbara, Baienfurt	<input type="checkbox"/> Franziskuszentrum, Friedrichshafen	<input type="checkbox"/> Gemeindepflegehaus Dußlingen	<input type="checkbox"/> St. Elisabeth, München
<input type="checkbox"/> Judith, Weingarten	<input type="checkbox"/> St. Iris, Eriskirch	<input type="checkbox"/> Magdalena, Ehningen	<input type="checkbox"/> St. Josef, Ottobeuren
<input type="checkbox"/> St. Meinrad, Ravensburg	<input type="checkbox"/> St. Johann, Tettngang	<input type="checkbox"/> Georg, Burladingen	<input type="checkbox"/> St. Katharina, Weidenbach
<input type="checkbox"/> St. Antonius, Vogt	<input type="checkbox"/> St. Josef, Brochzell	<input type="checkbox"/> St. Maria, Hohentengen	<input type="checkbox"/> St. Severin, Opfenbach
<input type="checkbox"/> Magnus, Waldburg	<input type="checkbox"/> St. Konrad, Kressbronn	<input type="checkbox"/> St. Ulrika, Mengen	<input type="checkbox"/> St. Sophia, Flachslanden
<input type="checkbox"/> St. Leonhard, Isny	<input type="checkbox"/> St. Raphael, Oberteuringen	<input type="checkbox"/> St. Hildegard, Böblingen	<input type="checkbox"/> Olga und Josef Kögel Haus, Ulm
<input type="checkbox"/> St. Gebhard, Amtzell	<input type="checkbox"/> St. Martin, Friedrichshafen	<input type="checkbox"/> St. Wunibald, Scheer	
	<input type="checkbox"/> St. Sebastian, Deggenhausertal	<input type="checkbox"/> Martinus, Weil im Schönbuch	
	<input type="checkbox"/> St. Vinzenz Pallotti, Immenstaad	<input type="checkbox"/> St. Verena, Straßberg	
	<input type="checkbox"/> St. Nikolaus, Owingen	<input type="checkbox"/> St. Pirmin, Maikammer	

Dauerpflege   
  Kurzzeitpflegeplatz   
  Heimgebundenes Wohnen   
  Hospiz  
 Einzugsdatum:    
 Kurzzeitpflege bis:

Tagespflege   
  ganztags   
  vormittags   
  nachmittags  
 nur im Franziskuszentrum Friedrichshafen: Fahrdienst wird benötigt   
 ja   
 nein  
 ab:    
 Mo   
 Di   
 Mi   
 Do   
 Fr

Externe   
 Stellplatz   
 Entgelt Raumnutzung   
 Essenslieferung  
 ab:    
 offener Mittagstisch

## 2. Angaben zur Person

Name, Vorname:  Geburtsname:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Wohnort:  Telefon:

Geburtsdatum:  Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:  Konfession:

Familienstand:

## 3. Angehörige / Vertrauensperson / Ansprechperson

**Person 1:** Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon privat:  geschäftl.:

Handy:

E-Mail-Adresse:

Bezug zum/zur Bewerber/-in:  Ehegatte/-in  Sohn/Tochter  Andere/r:

**Person 2:** Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon privat:  geschäftl.:

Handy:

E-Mail-Adresse:

Bezug zum/zur Bewerber/-in:  Ehegatte/-in  Sohn/Tochter  Andere/r:

## 4. Rechtliche Vertretung

Bitte eine **KOPIE** der **Betreuungsurkunde / Vollmacht** beilegen.

**Anschrift des/der Betreuenden oder Bevollmächtigten und seine/ihre Aufgabenbereiche:**

Name: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> General- und Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung
Vorname: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Postvollmacht
Straße: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
PLZ/Ort: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Freiheitsentziehende Maßnahme	
Telefon: <input type="text"/>		

## 5. Versicherungsdaten

Bitte denken Sie daran einen Antrag bei der Pflegekasse zu stellen

Pflegegrad (bitte Bescheid beilegen):  0  1  2  3  4  5 seit:

Antrag wurde gestellt am:

Kranken-/Pflegekasse (Name und Ort):

Versicherungsnummer:

Ich habe einen Leistungsantrag bei der Pflegekasse gestellt

**Hinweis: Eine direkte Leistungsabrechnung mit privaten Kranken- und Pflegekassen und Beihilfestellen ist nicht möglich.**

**Finanzierung des Aufenthaltes durch:**

Pflegekasse  Eigenmittel  Beihilfeberechtigung  Hilfe zur Pflege nach dem SGB

zuständiges Sozialamt (Kostenträger):

## 6. Rechnungsempfänger / Zahlungsart

**6.1. Rechnungsempfänger/in**

Angemeldete/r selbst  Person 1 aus 3.  Person 2 aus 3.  Person aus 4.

## 7. Wichtige Dokumente

Rezeptgebührenbefreiung/Befreiungsausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	[bitte Kopie beilegen]
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	[bitte Kopie beilegen]
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	[bitte Kopie beilegen]

**nach erfolgter Heimaufnahme**

**Bei Leistungsbezug nach dem SGB (Sozialhilfe)**

Bescheid über Hilfe zur Pflege nach dem SGB  Ja  Nein [bitte Kopie beilegen]

Aktuelle Rentenbescheide  Ja  Nein [bitte Kopie beilegen]

**8. Sonstiges**

**7.1. Herkunft:**

(woher kommt der/die Interessent/in)

- von Zuhause
- andere stationäre Einrichtung
- Krankenhaus/REHA
- Wohnanlage / Heimgebundene Wohnungen

**7.2. Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden:**

- Wohnortnah
- Empfehlung durch Bekannte
- Internet
- Infobroschüre
- Sozialdienst/Krankenhaus
- ambulanter Pflegedienst
- Pflegestützpunkt

**Von der Einrichtung auszufüllen:**

**Bei stationärer Pflege / Kurzzeitpflege:**

Tatsächliches Einzugsdatum:

Wohnbereich:

Zimmernummer.:  Zimmerkategorie:  EZ  DZ

Ggfs. Zusatzangaben:  Altbau  ohne Nasszelle

**Bei HGW/Service Wohnen:**

Wohnungsnummer:   2. Person zieht mit ein

Höhe der Raumnutzungsentgelt:  Höhe Nebenkosten:

Betreuungspauschale  Hausmeisterpauschale  Müllpauschale

Telefonpauschale  Wäschepauschale  Reinigungspauschale