

# Anmeldung zur Aufnahme



## Dauerpflege

## Kurzzeit-/Verhinderungspflege

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Seniorenhaus Bruchhausen  
Fère-Champenoise-Str. 32 - 76275 Bruchhausen  
Telefon 07243 60187-0 - Fax -699  
seniorenhaus.bruchhausen@diakonie-ggmbh.de  
www.seniorenhaus-bruchhausen.de

- Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß bzw. kreuzen Zutreffendes an.
- Wir versichern, dass Ihre persönlichen Daten geschützt und vertraulich behandelt werden.
- Hinweis: Diese Anmeldung ist unverbindlich und begründet keinen Heimvertrag.

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ geboren in: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ ggf. seit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Aufenthalt aktuell:	zu Hause	Verhinderungspflege	Kurzzeitpflege
Pflegeheim	Krankenhaus	Rehabilitation	sonstiges

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

dort seit: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Ich erhalte bisher Hilfe von: Partner/in    Angehörigen    sonstiger Person

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

Verhältnis: \_\_\_\_\_ Tel./E-Mail \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ambulantem Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Anschrift/Tel.: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel./E-Mail: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_ Tel./E-Mail: \_\_\_\_\_

für: \_\_\_\_\_

Pflegekasse:

Versichertenr.:

Pflegegrad:

seit:

Erstantrag am:

Höherstufung beantragt am:

Zuzahlungsbefreit

Beihilfeberechtigt

Selbstzahler (mind. 6 Monate)

---

Die Aufnahme ist gewünscht:

dringend

später, in ca. 1-3 Monaten

vorsorglich

---

Kontaktperson, vertreten:

durch Vollmacht

als gesetzliche/r Betreuer/in:

seit:

Vorname:

Nachname:

Straße:

Hausnr.:

PLZ:

Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

---

**Bemerkungen:**

(z. B. weitere Kontaktpersonen)

---

Ich versichere, dass meine gemachten Angaben richtig sind.

Ort:

Datum:

Unterschrift Antragsteller bzw. Bevollmächtigter: