

# Anmeldung



St. Gervais Ring 4 - 76337 Waldbronn  
Telefon 0 72 43 / 34561 - 0  
Fax 0 72 43 / 34561 - 699  
[pierre.eckert@diakonie-ggmbh.de](mailto:pierre.eckert@diakonie-ggmbh.de)  
[www.seniorenhaus-waldbronn.de](http://www.seniorenhaus-waldbronn.de)

- Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß.
- Hinweis: Diese Anmeldung begründet keinen Heimvertrag.
- Wir versichern, dass alle Ihre persönlichen Daten vertraulich behandelt werden.

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

geborene: \_\_\_\_\_ Familienstand / seit: \_\_\_\_\_

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

Nationalität: \_\_\_\_\_ Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

☎: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Ich wohne daheim  Ich besuche eine Tagespflege  \_\_\_\_\_

Ich werde bisher betreut von:  Angehörigen  \_\_\_\_\_

einem ambulanten Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_ ☎ / Fax: \_\_\_\_\_

Aufenthalt derzeit:  Pflegeheim \_\_\_\_\_ seit/bis: \_\_\_\_\_

Kurzzeitpflege \_\_\_\_\_ seit/bis: \_\_\_\_\_

Krankenhaus \_\_\_\_\_ seit/bis: \_\_\_\_\_

Rehabilitation \_\_\_\_\_ seit/bis: \_\_\_\_\_

sonstiger \_\_\_\_\_ seit/bis: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ ☎ / Fax: \_\_\_\_\_

Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_ KV-Nr. \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  beantragt am: \_\_\_\_\_

Höherstufungsantrag am: \_\_\_\_\_  ggf. MDK-Besuch am: \_\_\_\_\_

Kostenübernahme v. Sozialamt notwendig?  ja, ab \_\_\_\_\_  nein

Zuzahlungsbefreiung  ja, bis \_\_\_\_\_  nein

Beihilfeberechtigt  ja, zu \_\_\_\_\_ %  nein

Wäscheversorgung im Seniorenhaus  ja  nein

**Bitte auch die Rückseite ausfüllen**

Mit meiner Anmeldung beauftrage ich:

Vorname:

Nachname:

PLZ / Wohnort:

Straße:

☎ privat:

☎ geschäftl.:

E-mail:

Verwandtschaftsverhältnis:

Vertretungsberechtigt (bitte Kopie beifügen):

durch Vollmacht

als rechtliche/r Betreuer/in seit:

Die Aufnahme ist gewünscht:  **dringend**  später  vorsorglich

Grund:

---

---

Bemerkungen:

Ich versichere, dass meine gemachten Angaben richtig sind.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragsstellers und/oder seines Bevollmächtigten