



## Anmeldung zum Einzug

### Ihre Persönlichen Angaben

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

Geburtsname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/ Ort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

### Ansprechpartner rund um den Einzug

#### Bezugspersonen

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

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

wie verwandt: \_\_\_\_\_

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

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

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

#### Gesetzlich bestellter Betreuer/ Bevollmächtigter

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

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

Umfang der Betreuung \_\_\_\_\_

### Umgang mit der Post

Die Post wird an den **Bevollmächtigten** bzw. den gesetzlich bestellten Betreuer versendet   
(**kostenpflichtig!**) (Bitte Anschrift eintragen)

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

Anschrift \_\_\_\_\_

Post bitte nicht auf den Wohnbereich weiterleiten. Posteingänge werden durch   
eine bevollmächtigte Person oder Betreuer **regelmäßig** in der Verwaltung abgeholt.

## Angaben zu den Kostenträgern

### Angaben zur Kranken- und Pflegekassen

Name der Kasse \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiung Ja  Nein  Behilfeberechtigt Ja  Nein

**Ich haben die Pflegekasse über den Einzug/ über die Kurzzeitpflege informiert**

**Pflegestufe** Beantragt  Pflegegrad 0  Pflegegrad 1   
Pflegegrad 2  Pflegegrad 3  Pflegegrad 4   
Pflegegrad 5  Höherstufungsantrag

**Eingeschränkte Alltagskompetenz** Ja  Nein

**Bei Kurzzeit- oder Verhinderungspflege** Ich möchte zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI in Anspruch nehmen

Ich möchte, dass die Leistungen als Unterkunft /Verpflegung abgerechnet werden und habe das bei der Pflegekasse angegeben.

### Sozialhilfe

Wenn notwendig:  
**Ich habe den Sozialhilfeträger über den Einzug informiert und einen Antrag gestellt**

Zuständige Sozialhilfeträger \_\_\_\_\_

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

### Rechnungsempfänger

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

Anschrift \_\_\_\_\_

Ich möchte die Rechnung monatlich an die Einrichtung überweisen

Ich möchte, dass die Rechnung per Lastschrift, monatlich von meinem Konto abgebucht wird

## Informationen zur Unterbringung

**Als:** Kurzzeitpflege  Verhinderungspflege  Langzeitpflege

**Datum des Einzugs:** \_\_\_\_\_

**Kurzzeit/Verhinderungspflege** Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

### Wäscheservice

Die Wäsche soll durch unseren Wäscheservice gewaschen werden (einmalige Anmeldegebühr: 65,- €) Ja   
Nein

### Telefon

Im Zimmer soll ein Telefon bereit stehen (5,- € Monatspauschale) Ja  Nein

### Vorab-Information gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz - WBVG

Die Vorab-Information gemäß § 3 WBVG habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift