



- Vormerkung**
- Anmeldung**

gewünschter
Einzugstermin:.....

1. Persönliche Angaben

Name	Geburtsname
Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.:	Staatsangehörigkeit
PLZ / Ort	Geburtsort

5. Wer ist Ihr Hausarzt ?

Name
Straße/PLZ/Ort
Telefon
Telefax

2. Bekenntnis

- röm.-kath.
- ev.
-

3. Familienstand

- verheiratet
- verwitwet
- ledig
- geschieden

6. Sind Sie bei Ihrer Kranken- und Pflegekasse

- pflichtversichert
- privat versichert
- zusätzlich privat versichert

4. Bitte nennen Sie zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind

4.a)

Name
Vorname
Verwandtschaftsgrad
Straße / Nr.:
PLZ / Ort
Telefon
Telefon tagsüber

6.a) Name der Kranken- und Pflegekasse

--

6.b) Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor?

- ja
- nein

6.c) Wenn Sie privat versichert oder zusätzlich privat versichert sind:

Name der privaten (Zusatz-) Versicherung
KK-Mitgliedsnummer
Straße / Nr.:
PLZ / Ort
Telefon
Telefax

4.b

Name
Vorname
Verwandtschaftsgrad
Straße / Nr.:
PLZ / Ort
Telefon
Telefon tagsüber

6.d) Liegt ein Bewilligungsbescheid der Pflegekasse vor?

- ja
- nein

6.e) Welche **Pflegegrad**?

- keine
- Grad 1
- Grad 2
- Grad 3
- Grad 4
- Grad 5

Antrag bei der Pflegekasse wurde **gestellt**

am:.....

Leistungen der Pflegeversicherung wurden **abgelehnt**

am:.....

7. Können Sie die **Kosten** aus eigenen Mitteln bestreiten?

- ja
- nein

8. Wurde ein Antrag auf **Sozialhilfe** gestellt?

- ja
- nein

beantragt am:
Sozialamt
Sachbearbeiter/in
Straße
PLZ / Ort
Telefon/Telefax

9. Sind Sie **beihilfeberechtigt**?

- ja
- nein

Falls ja:

Beihilfestelle
Aktenzeichen
Straße / Nr.:
PLZ / Ort
Telefon/Telefax

10. **Rechnungsempfänger/in ist:**

Name
Straße/Nr.:
PLZ/Ort

11. Ist eine **amtliche Betreuung** bestellt?

- ja
- nein

Falls ja:

Name des Betreuers
Straße / Nr.:
PLZ / Ort
Telefon

12. Besteht eine **Vorsorgevollmacht oder Ähnliches**?

- ja
- nein

Falls ja:

Name des Bevollmächtigten
Straße / Nr.:
PLZ / Ort
Telefon

.....
Datum / Ort

.....
Antragsteller/in (Unterschrift)

Mitzubringende Unterlagen:

- Ärztliche Beurteilung (Original)
- Zuzahlungsbefreiung (Original)
- Personalausweis (in Kopie)
- Rentenbescheid (in Kopie)
- Schwerbehindertenausweis (in Kopie)
- Medikamentenplan (in Kopie)
- Medizinische Ausweise, z. B. Macumarausweis (Original)