

ANMELDUNG zur

Vollstationär Kurzzeitpflege

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Anrede _____ Frau Herr

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsname _____

Geburtsdatum _____ **Geburtsort** _____ ggf. Land angeben

Familienstand _____

Religion _____

2. HAUPTWOHNSITZ

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon mit Vorwahl _____

3. DERZEITIGER AUFENTHALT, WENN NICHT AM HAUPTWOHNSITZ

Einrichtung oder privat _____ Krankenhaus, Heim oder Privatadresse

Station, Kontaktperson _____ falls im Krankenhaus oder Heim

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon mit Vorwahl _____

Tag der Aufnahme _____ falls im Krankenhaus

Grund der Aufnahme _____ falls im Krankenhaus

Seniorenresidenz am Moorweg GmbH • Moorweg 5 • 27753 Delmenhorst

Telefon: 0800 11 333 01 (kostenlos) • SRamMoorweg@argentum-pflege.de • www.argentum-pflege.de

Eine Einrichtung der Argentum Gruppe • IK-Nr. 510 307 852

Sitz der Gesellschaft: Delmenhorst • Amtsgericht Oldenburg – HRB 215798 • Geschäftsführung: Michael Thanheiser

Sparkasse Hanau • IBAN: DE38 5065 0023 0000 1388 59 • HELADEF1HAN

4. ANGEHÖRIGE, BETREUER ODER VERTRAUENSPERSON

4.1 Art der Kontaktperson Angehöriger/Familie Betreuer Vertrauensperson

Verwandtschaftsgrad _____
Vorname, Nachname _____
Straße, Hausnummer _____
Postleitzahl, Ort _____
Telefon mit Vorwahl _____
Aktenzeichen _____ sofern vorhanden

4.2 Art der Kontaktperson Angehöriger/Familie Betreuer Vertrauensperson

Verwandtschaftsgrad _____
Vorname, Nachname _____
Straße, Hausnummer _____
Postleitzahl, Ort _____
Telefon mit Vorwahl _____
Aktenzeichen _____ sofern vorhanden

4.3 Art der Kontaktperson Angehöriger/Familie Betreuer Vertrauensperson

Verwandtschaftsgrad _____
Vorname, Nachname _____
Straße, Hausnummer _____
Postleitzahl, Ort _____
Telefon mit Vorwahl _____
Aktenzeichen _____ sofern vorhanden

5. HAUSARZT

Praxis, Vor- und Nachname _____
Straße, Hausnummer _____
Postleitzahl, Ort _____
Telefon mit Vorwahl _____

Seniorenresidenz am Moorweg GmbH • Moorweg 5 • 27753 Delmenhorst

Telefon: 0800 11 333 01 (kostenlos) • SRamMoorweg@argentum-pflege.de • www.argentum-pflege.de

Eine Einrichtung der Argentum Gruppe • IK-Nr. 510 307 852

Sitz der Gesellschaft: Delmenhorst • Amtsgericht Oldenburg – HRB 215798 • Geschäftsführung: Michael Thanheiser

Sparkasse Hanau • IBAN: DE38 5065 0023 0000 1388 59 • HELADEF1HAN

6. KRANKENKASSE, KOSTENTRÄGER, PFLEGEGRAD

Art der Versicherung _____ Rentner gesetzlich freiwillig privat
Name der Krankenkasse _____
Versicherungsnummer _____
Pflegegrad _____ 1 2 3 4 5
Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein **Zuzahlungsbefreit** ja nein
Kostenträger _____ Selbstzahler Sozialamt

7. VOLLMACHTEN

Patientenverfügung _____ liegt vor beglaubigte Kopie anbei wird nachgereicht
Vorsorgevollmacht _____ liegt vor beglaubigte Kopie anbei wird nachgereicht
Generalvollmacht Kontaktperson _____
Anschrift _____
Telefon _____

8. BESTATTUNGSINSTITUT

Name _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort _____
Telefon mit Vorwahl _____

9. UNTERSCHRIFTEN

Ort und Datum _____
Unterschrift _____
Unterschrift Antragsteller _____ falls Betroffener nicht unterschreiben kann