

**Anmeldebogen**  
**von Buttlar-Fransecky-Stift e. V.**

- Kurzzeitpflege
- Vollstationär

Name / Geburtsname: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Seit : \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Derzeitige Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ KV-Nummer: \_\_\_\_\_

Rezeptgebührenbefreiung: Ja / Nein

Pflegestufe: 1 / 2 / 3 / wann beantragt:

Dementenbetreuung: Ja / Nein

Heimkosten werden finanziert durch:

Eigene Mittel: Ja / Nein

Sozialhilfe: Ja / Nein

Sozialhilfeträger: \_\_\_\_\_

Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_

Beihilfe berechtigt: Ja / Nein

Patientenverfügung vorhanden: Ja / Nein

Vollmacht / Betreuung vorhanden: Ja / Nein

Bereiche der Vollmacht / Betreuung:

- Gesundheitsfürsorge
- Vermögenssorge
- Aufenthaltsbestimmung
- Öffnen und anhalten der Post
- Wohnungsangelegenheiten
- Vertretung gegenüber Heimen, Kliniken, Behörden
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Betreuer / Bevollmächtigte, Angehörige, Bezugspersonen

**1.)**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beziehung: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil / Fax / E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.)**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beziehung: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil / Fax / E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.)**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beziehung: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil / Fax / E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4.)**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beziehung: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil / Fax / E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige Informationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zimmerwunsch: Einzelzimmer / Doppelzimmer

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_