

Anmeldung SAL

Vollstationäre Dauerpflege schnellstmöglich vorsorglicher Antrag _____
 Kurzzeitpflege vom _____ bis _____
Vertragsbeginn: _____ Wohnbereich: _____ Zimmer: _____

Persönliche Daten

Name: _____ Geburtsname: _____
Vorname: _____ Familienstand: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Straße, PLZ/Ort: _____
 aus anderer Einrichtung (Adresse): _____
Konfession: _____ konfessionslos
Staatsangehörigkeit: _____ Migrationshintergrund ja nein

Krankenkasse: _____ **Vers-Nr.:** _____

Privat Kranken-/Pflegeversichert: ja nein

Pflegegrad: _____ **Höhergruppierung beantragt:** ja, am _____ nein
 Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege **bewilligt** **beantragt**

Derzeitiger Hausarzt: _____

Angehörige/Bezugsperson/Betreuer

1) Bezug: _____ **Vollmacht** **Patientenverfügung** **Betreuer**
Name, Vorname: _____
Straße, PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____

2) Bezug: _____ **Vollmacht** **Patientenverfügung** **Betreuer**
Name, Vorname: _____
Straße, PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____

3) Bezug: _____ **Vollmacht** **Patientenverfügung** **Betreuer**
Name, Vorname: _____
Straße, PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____

Rechnungsempfänger: _____

Datum

Unterschrift Antragsteller/Vertreter