

Formular

FO 6.2.2 Anmeldeformular

Name: _____ Vorname: _____ Geb-Name: _____

Geboren: _____ Geb-Ort: _____ Familienstand: _____

Eheschließung: _____ Name des Ehepartners: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Straße: _____ Postl. u. Ort: _____

Erlerner bzw. zuletzt
ausgeübter Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Pflegekasse: _____ Pflegestufe: _____

Erhöhter Betreuungsbedarf nach § 87 b ja nein

Antrag auf Einstufung ja nein
wurde gestellt

Hausarzt (Adresse): _____

Kostenträger (Adresse): _____

Gesetzl. Betreuer: _____

Ablauf der Betreuung: _____

Angehörige (Adresse u. Telefon): _____ Verwandtschaftsgrad

1. _____

2. _____

3. _____

Bezug von oder Anspruch auf Leistungen nach § 26 c Abs. 1 Satz 1
BVG (sog. Mittel der Kriegsoferfürsorge) ?

Ja Nein

Vor Heimaufnahme muss eine ärztl. Bescheinigung vorliegen, dass
keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden
Lungentuberkulose vorhanden sind.

Unterschrift des Antragstellers

Ort u. Datum