

**UNVERBINDLICHE  
ANMELDUNG**

zur Aufnahme im  
Senioren- und Pflegeheim

**ESPACHSTIFT**

An der Schnelle 8 – 14  
87600 Kaufbeuren  
Tel. 08341 / 9502-0  
Fax. 08341 / 4632  
E-Mail: [info@espachstift.de](mailto:info@espachstift.de)  
Internet: [www.espachstift.de](http://www.espachstift.de)

<input type="checkbox"/> <b>Stationäre Pflege</b> <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> <b>Kurzzeitpflege</b> <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
--	---

**Angaben zur Person der / des Anzumeldenden:**  
(Bitte für jede Person gesondert ein Formular ausfüllen!)

<b>Familienname:</b> _____	<b>Geburtsname:</b> _____
<b>Vorname:</b> _____	
<b>Geburtsdatum:</b> _____	<b>Geburtsort:</b> _____
<b>Letzter Wohnort:</b>	
<b>Straße und Haus-Nr.:</b>	_____
<b>PLZ und Ort:</b>	_____
<b>Telefonnummer:</b>	_____

<b>Familienstand:</b>	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet
	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden

<b>Konfession:</b> _____	<b>Staatsangehörigkeit:</b> _____
--------------------------	-----------------------------------

<b>Zuletzt ausgeübter Beruf:</b>	_____
<b>Gewünschter Einzugstermin:</b>	_____

**Angaben zu den *nächsten Angehörigen*:**

(Bitte in Reihenfolge, die bei Krankheit benachrichtigt werden sollen!)

	1. Angehöriger	2. Angehöriger	3. Angehöriger
<b>Name:</b>			
<b>Vorname:</b>			
<b>Wie verwandt:</b>			
<b>Straße:</b>			
<b>PLZ und Ort:</b>			
<b>Telefon:</b>			
<b>Handy:</b>			

**Weitere Angaben:**

Hausarzt:

Krankenkasse:

Betreuer (nach dem Betreuungsgesetz):

Ist eine Vorsorgevollmacht vorhanden? <i>(Bitte Kopie beilegen!)</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ist eine Patientenverfügung vorhanden? <i>(Bitte Kopie beilegen!)</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Besteht Zuzahlungsbefreiung zur Rezeptgebühr?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Liegt ein Bescheid über Schwerbehinderung vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> beantragt	seit:
	<input type="checkbox"/> I (1)	<input type="checkbox"/> II (2)	<input type="checkbox"/> III (3) <input type="checkbox"/> IV (4) <input type="checkbox"/> V (5)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Bewohner / vertretender Angehöriger / Betreuer

**Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um eine UNVERBINDLICHE Anmeldung handelt.  
Sprechen Sie uns bezüglich einer VERBINDLICHEN Reservierung an.**

Freigabe	Datum	Version	Bearbeiter/in	Seite von Seite
Herr Poppler – GF	01.02.2016	2	Leitungszirkel	Seite 2 von 2