

# Anmeldung

1. Vor- und Zuname	Geburtsname	
	Geburtsdatum	
2. Anschrift	Straße/ PLZ/ Ort	
	Telefon	
3. Derzeitige Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Anschrift)	Straße/ PLZ/ Ort	
	Telefon	
4. Geburtsort		
5. Familienstand		
6. Konfession		
7. Staatsangehörigkeit		
8. Angehörige	a)	Name
		Straße/ PLZ/ Ort
	b)	wie verwandt
		Telefon
		Name
		Straße/ PLZ/ Ort
c)	wie verwandt	Telefon
	Name	
	Straße/ PLZ/ Ort	
	wie verwandt	Telefon
	Name	
	Straße/ PLZ/ Ort	
9. Betreuer (nach Betreuungsrecht)	Name	
	Straße/ PLZ/ Ort	
	wie verwandt	Telefon
10. Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11. Hausarzt	Name	
	Straße/ PLZ/ Ort	
	Telefon	
12. Krankenkasse	Versicherungsnr.	
13. Pflegegrad	Eingeschränkte Alltagskompetenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe beantragt oder bezogen?	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?	
	Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers
		Wenn nicht Personengleichheit, Unterschrift des Aufzunehmenden