

 Warteliste Anmeldung Reservierung		 APH Müller UG (haftungsbeschränkt)	
Datum/Erstgespräch:			
Vollstationäre Pflege ☐ Kurzzeitpflege ☐			
Pflegekassenbescheid über aktuellen Pflegegrad ☐			
Gesprächspartner:			
Persönliche Angaben	Name u. Vorname		Geborene/r
	Str./PLZ/ORT		Tel.:
	Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus, Altenheim)		
	Geburtsdatum	Geburtsort	Zuletzt ausgeübter Beruf
	Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit
Angehörige/ Betreuung	Name u. Vorname des Angehörigen		Verwandtschaftsgrad
	Str./PLZ/Ort		Tel.:
	Name u. Vorname des Betreuenden		Tel.:
	Wirkungskreis der Betreuung		
Vollmachten	Vorsorgevollmacht	Patientenverfügung	Bestattungsverfügung
Hausarzt	Name u. Vorname		
	Str./PLZ/Ort		Tel.:
Krankenkasse (zuständige Geschäftsstelle)			Schwerbehindertenausweis
	KV-Nr.:		ja nein
	Pflegegrad ja ☐ nein ☐ beantragt		Impfweis
	Falls ja, welcher Grad? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐		ja ☐ nein ☐
Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐		Termin zur Aufnahme
Kostenträger	Muss Hilfe zur Pflege beantragt werden? ja ☐ nein ☐		Schonbeträge: 10.000 € Alleinstehende, 20.000 € Ehepaar
Zuzahlung	Sind Sie von Zuzahlungen befreit? ja ☐ nein ☐		

Ort	Unterschrift des Antragstellers bzw. des Vertreters zur verbindlichen Aufnahme	Stempel der Einrichtung/ Unterschrift
Datum		