



## Anmeldebogen

### für die Lia Pflege – Betreuungseinrichtung

an der Stromberger Str. 129, 33378 Rheda-Wiedenbrück

Ich (wir) wünsche(n) eine Aufnahme in die oben genannte Pflege- und Betreuungseinrichtung.

Ich (wir) melde(n) mich (uns) bzw. die unten genannte Person **verbindlich** für einen Pflege- und Betreuungsplatz an

Ich (wir) melde(n) mich (uns) bzw. die unten genannte Person **unverbindlich** für einen Pflege- und Betreuungsplatz an und möchte(n) auf die Warteliste

|                                      |                          |   |                               |
|--------------------------------------|--------------------------|---|-------------------------------|
| Name:                                | <input type="text"/>     | Vorname(n):   | <input type="text"/>          |
| Bisherige Anschrift:                 | <input type="text"/>     |   |                               |
| Geburtsdatum:                        | <input type="text"/>     | Geburtsort:   | <input type="text"/>          |
| Geburtsname:                         | <input type="text"/>     | Familienstand:  | <input type="text"/>          |
| Pflegegrad (ehemals Pflegestufe):    | <input type="text"/>     | Wurde von der Pflegekasse bescheinigt, dass die Alltagskompetenzen eingeschränkt sind (§45a SGB XI):<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |                               |
| Konfession:                          | <input type="text"/>     | Telefon:  | <input type="text"/>          |
| Staatsangehörigkeit:                 | <input type="text"/>     | Kinder:   | <input type="text"/>          |
| Es ist eine Covid-19 Impfung erfolgt | <input type="checkbox"/> | Ja (Kopie beilegen)   | <input type="checkbox"/> Nein |

Derzeit in stationärer Behandlung (z.B. Krankenhaus, Reha) bei

### Ansprechpartner

|   |                                      |  |                                     |
|---|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Name:   | <input type="text"/>                 | Vorname(n):  | <input type="text"/>                |
| Anschrift:  | <input type="text"/>                 |  |                                     |
| Telefon dienstlich:   | <input type="text"/>                 | Telefon privat:                                    | <input type="text"/>                |
| Email:  | <input type="text"/>                 | Fax:   | <input type="text"/>                |
| <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r  | <input type="checkbox"/> Verwandte/r | <input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Betreuer/in | <input type="checkbox"/> Bekannte/r |
| Es besteht eine <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> gerichtliche Betreuungsurkunde<br><input type="checkbox"/> Patientenverfügung |                                      |  |                                     |
| Urkunde / Vollmacht liegt der Anmeldung bei: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wir nachgereicht  |                                      |  |                                     |
| Patientenverfügung liegt der Anmeldung bei: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wir nachgereicht   |                                      |  |                                     |
| Name der bevollmächtigten Person/ bzw. Betreuer(in):<br><input type="text"/>  |                                      |  |                                     |
| Vorname:  |                                      | Straße, Nr.:                                       |                                     |
| PLZ, Ort:   |                                      | Telefon:   |                                     |



## Anmeldebogen

|  |    |        |  |
|--|----|--------|--|
| FAX:   |    | Email: |  |
| Wirkungskreis(e):  |    |        |  |
| Betreuung wird angeregt bzw. beantragt:                              | Ja | Nein   |  |
| Betreuung ist angeregt bzw. wurde beantragt:                         | Ja | Nein   |  |
| Bestehen freiheitsentziehende Maßnahmen:                             | Ja | Nein   |  |
| Wenn ja, welche?   |    |        |  |
| Besteht ein Beschluss vom Amtsgericht?<br>(Bitte als Kopie beifügen) | Ja | Nein   |  |

Hausarzt / Hausärztin:

Name: Telefon:

Anschrift:

Weitere(r) behandelnde(r) Arzt / Ärztin:

Name: Telefon:

Anschrift:

Krankenkasse / Pflegekasse:

Name: Vers.-Nummer:

Anschrift:

**(Bei einer verbindlichen Anmeldung legen Sie bitte den Bewilligungsbescheid über einen Pflegegrad und den aktuellen Medikamentenplan bei)**

Die folgenden Angaben zur Einkommenssituation dienen der Vermeidung von finanziellen Nachteilen. Möglicherweise haben Sie als Bewohner/in einer Wohngemeinschaft Ansprüche auf Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz. Diese Leistungen können jedoch erst ab dem Tag einer Antragstellung bei dem für Sie zuständigen Sozialhilfeträger gewährt werden.

Durch Ihre Angaben, die selbstverständlich vertraulich und unter Wahrung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen behandelt werden, helfen Sie uns bei der Einschätzung der Situation und geben uns die Möglichkeit, Sie darauf hinzuweisen.

Einkünfte:

Höhe der mtl. Rente:

Rentenbescheid vom: in Kopie beiliegend: Ja Nein

## Anmeldebogen



Sozialhilfeantrag wurde gestellt:  Ja  Nein  nicht zutreffend

Anschrift des Sozialamtes: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Wurde ein Antrag auf Pflegegeld beantragt?  Ja  Nein

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift der anmeldenden Person  
(Interessent/in, Bevollmächtigte/r, gerichtlich bestellte/r Betreuer/in)