



Fragebogen zur Anmeldung

Bearbeitet durch Aufnahmemanagement

Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Familienstand:

Staatsangehörigkeit:

Ausweisnummer Personalausweis:

Konfession:

Anschrift

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

Derzeitiger Aufenthalt

Anschrift:

Krankenhaus

Alten- und Pflegeheim

Betreutes Wohnen

Angehörige

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

Verwandtschaftsverhältnis:

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
SSC	MHO	1	18.01.2017	1 von 6



TAUNUS RESIDENZEN

BAD SODEN

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

Verwandtschaftsverhältnis:

Haben Sie einer Person Ihres Vertrauens eine Vollmacht erteilt?

Nein

Ja

Wenn ja, wem?

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

Hinweis:

Sollten Sie die obige Frage mit „Ja“ beantwortet haben, bitten wir Sie uns eine Kopie dieser Vollmacht beizufügen.

Gesetzliche Betreuung

Nein

Ja

Wenn ja, wer?

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

Telefaxnummer:

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
SSC	MHO	1	18.01.2017	2 von 6



TAUNUS RESIDENZEN

BAD SODEN

E-mail:

Zuständiges Amtsgericht:

Aktenzeichen:

Sorgekreise:

Vermögen

Aufenthalt

Gesundheit

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Post/Brief

Sonstige:

Behörden

Hinweis:

Sollten Sie als gesetzlicher Betreuer handeln, bitten wir Sie uns eine Kopie des Bestellungsbeschlusses und des Ausweises beizufügen.

Krankenkasse:

Name der Krankenkasse:

Sachbearbeiter:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

Telefaxnummer:

E-Mail:

Versichertennummer:

Wurde Ihnen eine Befreiung über die Zuzahlungen erteilt?

Ja

Nein, ist beantragt am:

Hinweis:

Bitte fügen Sie eine Kopie der Versichertenkarte und ggf. der Zuzahlungsbefreiung bei.

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
SSC	MHO	1	18.01.2017	3 von 6



Pflegegrad:

- 1 2 3 4 5

Die Einstufung in die Pflegeversicherung wurde beantragt am:

Beihilfe - Nur für Beamte und Angestellte im Öffentlichen Dienst

Name der Beihilfestelle:

Sachbearbeiter:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

Telefaxnummer:

E-Mail:

Aktenzeichen:

Hinweis:

Sollten Sie aufgrund eines Versorgungsgesetzes „beihilfeberechtigt“ sein, bitten wir Sie uns den Bescheid der zuständigen Beihilfestelle beizufügen.

Kostenträger

Wie werden die monatlichen Heimkosten aufgebracht?

- Die Heimkosten werden durch mich als Selbstzahler aufgebracht.
- Die Heimkosten werden durch aufgebracht Zuzahlung von: _____ aufgebracht.
- Die Heimkosten werden durch Zahlung des zuständigen Sozialamts aufgebracht (siehe Kostenträger) beantragt am:

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
SSC	MHO	1	18.01.2017	4 von 6



Leistungsträger - Nur für Hilfebedürftige im Sinne des SGB XII (Sozialhilfe)

Name des zuständigen Leistungsträgers:

Sachbearbeiter:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

Telefaxnummer:

E-mail:

Aktenzeichen:

Die Kostenverpflichtungserklärung:

liegt bei

ist beantragt am:

muss noch beantragt werden

Hinweis:

Die Übernahme der ungedeckten Heimkosten durch das zuständige Sozialamt stellt einen gewissen bürokratischen Aufwand dar. Wir unterstützen Sie gerne!

Rechnungsstellung

Wem sollen die monatlichen Rechnungen über den Aufenthalt bzw. den Einkommenseinsatz nach SGB XII zugeschickt werden?

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
SSC	MHO	1	18.01.2017	5 von 6



Hausarzt

Wer ist ihr behandelnder Hausarzt?

Name:

Vorname:

Straße:

Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

Telefaxnummer:

E-mail:

Aktenzeichen:

- Der oben genannte Hausarzt wird meine ärztliche Betreuung und Behandlung in der Einrichtung übernehmen
- Der oben genannte Hausarzt wird meine ärztliche Betreuung und Behandlung in der Einrichtung **nicht** übernehmen

Einzug

Wann möchten Sie gerne in die Einrichtung einziehen?

Wunscheinzugsdatum:

Alternatives Einzugsdatum:

Wohnform

Welche Art von Wohn- und Pflegeplatz wünschen Sie sich?

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben im Fragebogen zur Anmeldung für den Einzug in die Einrichtung und melde mich hiermit verbindlich an.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Daten aus diesem Fragebogen elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.

Ort

Datum

Unterschrift

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
SSC	MHO	1	18.01.2017	6 von 6