



## Anmeldung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gewünschtes Einzugsdatum:

\_\_\_\_\_  
(Unverbindliche Angabe)

- Einzelzimmer       Doppelzimmer  
 eigenes Telefon       Wäschekennzeichnung

**Hier bitte nicht ausfüllen!**

(Abschnitt wird vom Haus beim Einzug ausgefüllt.)

Einzugstermin: \_\_\_\_\_

Bereich: \_\_\_\_\_

Zimmernummer: \_\_\_\_\_

Möblierung: \_\_\_\_\_

### 1. Persönliche Angaben

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname(n), Rufname bitte unterstreichen \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

**Schwerbehindertenausweis:**       nein       ja, zu \_\_\_\_\_ %

**Kostform:**       Normalkost       Diabetes       Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Derzeitiger Aufenthalt:**       Zuhause       Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Reha: \_\_\_\_\_       Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 2. Angehörige / Bezugsperson(en) / Ansprechpartner(in)

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_

Telefon (abends/nachts) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_

Telefon (abends/nachts) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### 3. Gesetzliche(r) Betreuer(in) bzw. Bevollmächtigte(r)

Bitte Kopie der Bestellsurkunde o. des Antrages auf Betreuungsverfahren o. Kopie der Vollmacht beifügen.

Nachname

Vorname

Verwandtschaftsverhältnis

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon (tagsüber)

Telefon (abends/nachts)

E-Mail

### 4. Behandelnde(r) Arzt/Ärztin

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon (tagsüber)

### 5. Versicherungen

Bitte Bescheid der Pflegekasse o. Kopie des Antrages auf Pflegeleistungen beifügen.

Pflegekasse

Krankenkasse (falls abweichend)

Versicherungsnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon (tagsüber)

**Einstufung beantragt:**

nein  ja, am \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_

**Pflegestufe:**

Einstufung genehmigt:

1  2  3

Einstufung beantragt:

nein  ja

Wird demnächst beantragt durch: \_\_\_\_\_

**Zuzahlung zu Medikamenten:**

befreit  nicht befreit

### 6. Bevollmächtigt(e) für finanzielle Angelegenheiten

Bevollmächtigte(r) des/der Antragstellers/in- Bitte Kopie einer Generalvollmacht o. Bankvollmacht beifügen.

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon (tagsüber)

### 7. Kostenübernahmeregelung

Bitte Kopie der Kostenübernahmeerklärung o. des Antrags auf Kostenübernahme beifügen.

**Selbstzahler:**

nein  ja - Beihilfeberechtigt:  nein  ja

**Wenn nein, bitte Kostenträger angeben:** \_\_\_\_\_

**Vorläufige Kostenübernahme** - Bescheid des Trägers liegt vor:  nein  ja

**Datum, Aktenzeichen:** \_\_\_\_\_

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass das St. Katharinenhospital für Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach den Bestimmungen des Bayerischen Datenschutzgesetzes (BayDSG) in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Antragstellers/in  
bzw. seines/r gesetzlichen Vertreters/in