



# VS BÜRGERHILFE

GEMEINNÜTZIGE GMBH

Ein Unternehmen der Volkssolidarität Bürgerhilfe e.V.

Seniorenheim „Am See“  
Groß Köris

VS Bürgerhilfe gemeinnützige GmbH  
Seniorenheim „Am See“  
Berliner Straße 8  
15746 Groß Köris

per Mail: [heim-am-see@vs-buergerhilfe.de](mailto:heim-am-see@vs-buergerhilfe.de)

## Anmeldung zur vollstationären Pflege

Einzugsdatum:

### Erfassung der wichtigsten Daten

#### Kontaktdaten des zu Pflegenden

<b>Vorname(n):</b> (Rufnamen bitte unterstreichen)	<b>Nachname:</b> (Familienname und Geburtsname)
<b>Adresse:</b> (polizeilicher Hauptwohnsitz)	
Geburtsdatum:	Familienstand:
Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Beruf:	Konfession:
<b>Zurzeit in welchem Krankenhaus / welcher Einrichtung? (Name/Anschrift der Einrichtung)</b>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	

#### Kontaktdaten der Angehörigen

<b>a) Vorname:</b> Verwandschaftsgrad: Straße, Hausnummer: Mail:	<b>Nachname:</b> Telefon: PLZ, Wohnort:
<b>b) Vorname:</b> Verwandschaftsgrad: Straße, Hausnummer: Mail:	<b>Nachname:</b> Telefon: PLZ, Wohnort:

#### Kontaktdaten des Bevollmächtigten

<b>a) Vorname:</b> Verwandschaftsgrad: Straße, Hausnummer: Mail:	<b>Nachname:</b> Telefon: PLZ, Wohnort:
---	---

**Vorsorgevollmacht**  
(Kopien bitte bei Vertragsabschluss einreichen)

**Patientenverfügung**

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** (Name, Adresse, Telefonnummer)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Facharzt:** (Name, Adresse, Telefonnummer)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

**Zuzahlungsbefreit:** ja  nein   
 (Bitte ankreuzen)

**Gültig bis wann?** \_\_\_\_\_

**Kostenträger:** Kopie Betreuungsausweis vorlegen  
 (Bitte ankreuzen) Sozialhilfeträger ja

nein  **beantragt am:** \_\_\_\_\_  
**wo:** \_\_\_\_\_

**körperliches und psychisches Befinden, chronische Erkrankungen, Diagnosen, Pflegebedarf:**

---

---

---

**eigene benötigte Hilfsmittel:** (z.B. Rollator, Rollstuhl, Brille, Zahnpföhse, Hörgeräte)

---

---

---

**Sind Weglauftendenzen bekannt:** ja  nein

**Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:**

---

---

---

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen.

**Bitte beachten Sie, dass trotz dieser Anmeldung kein Anspruch auf einen vollstationären Pflegeplatz besteht.**

, den

Unterschrift nur bei postalischem Versand