



# VS BÜRGERHILFE

GEMEINNÜTZIGE GMBH

Ein Unternehmen der Volkssolidarität Bürgerhilfe e.V.

Seniorenheim „Wilhelm Busch“  
Schulzendorf

VS Bürgerhilfe gemeinnützige GmbH  
Seniorenheim "Wilhelm Busch"  
Rosa-Luxemburg-Straße 144-148  
15732 Schulzendorf

## Anmeldung zur vollstationären Pflege

per Mail: [heim-wilhelm-busch@vs-buergerhilfe.de](mailto:heim-wilhelm-busch@vs-buergerhilfe.de)

Einzugsdatum: \_\_\_\_\_

### Erfassung der wichtigsten Daten

#### Kontaktdaten des zu Pflegenden

**Vorname(n):**  
(Rufnamen bitte unterstreichen)

**Nachname:**  
(Familienname und Geburtsname)

**Adresse:**  
(polizeilicher Hauptwohnsitz)

Geburtsdatum:

Familienstand:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Beruf:

Konfession:

**Zurzeit in welchem Krankenhaus / welcher Einrichtung?** (Name/Anschrift der Einrichtung)

  

---

---

---

#### Kontaktdaten der Angehörigen

**a) Vorname:**  
Verwandschaftsgrad:  
Straße, Hausnummer:  
Mail:

**Nachname:**  
Telefon:  
PLZ, Wohnort:

**b) Vorname:**  
Verwandschaftsgrad:  
Straße, Hausnummer:  
Mail:

**Nachname:**  
Telefon:  
PLZ, Wohnort:

#### Kontaktdaten des Bevollmächtigten

**a) Vorname:**  
Verwandschaftsgrad:  
Straße, Hausnummer:  
Mail:

**Nachname:**  
Telefon:  
PLZ, Wohnort:

**Vorsorgevollmacht**  
(Kopien bitte bei Vertagsabschluss 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