



**VS Bürgerhilfe gemeinnützige GmbH  
Seniorenheim "Am Rosengarten"  
An der Brotfabrik 1**

**15806 Zossen OT Wünsdorf**

## Anmeldung zur vollstationären Pflege

per Mail: [heim-am-rosengarten@vs-buergerhilfe.de](mailto:heim-am-rosengarten@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:**  
(Bitte ankreuzen)

ja ☐

nein ☐

**Gültig bis wann?**

\_\_\_\_\_

**Kostenträger:**  
(Bitte ankreuzen)

Kopie Betreuungsausweis vorlegen  
Sozialhilfeträger

ja ☐

nein ☐

**beantragt am:**  
**wo:**

\_\_\_\_\_

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

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

**eigene benötigte Hilfsmittel:** (z.B. Rollator, Rollstuhl, Brille, Zahnprothese, 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