

Einrichtung Haus Laurentius, Alte Verler Straße 2, 33689 Bielefeld

zum Heimeinzug vollstationär ab:					Zimmer Nr.				
☐ zur Kurzzei		vom:							
Persönliche Dat	en (Stamm	ndaten) der ange	emeldeter	n Pers	on				
Vorname:			١	Name:					
Geburtsdatum:			C	Geburt	sort:				
Geburtsname:			١	Nation	alität:				
Konfession:	Konfession:		F	amilie	enstand:				
Adresse und gg	f. Telefon-N	Nr.: (vor Einzug):							
derzeitiger Aufe	nthalt:		·						
Pflegegrad: vorläufig				☐ Antrag bei der Pflegekasse gestellt ☐ Kostenzusage für aktuellen Aufenthalt liegt vor					
☐ Inkontinenz Verordnung für	`	ng mit der Kranke zhilfen		ird be	☐ Inkontine antragt	nz (Eigenversorgung)			
Kostenregelung	ı								
Rechnungsemp	fänger:								
Name der Kranken-/Pflegekasse: Befreiung für gesetzliche Zuzahlungen liegt vor			egt vor		Versichert	rten-Nr.:			
Sozialhilfe 🔲	wird beantra	agt 🗌 wurde	beantragt	t am:		Kostenzusage liegt vor (Kopie)			
Gesetzliche Bet	reuung/Be	vollmächtigte*r*	'n	•					
Name:				Vorname:					
Adresse:									
Telefon:		Mol			bil:				
E-Mail:									
gesetzliche I	Betreuung	Zugehörige*r	*n wie ver	rwand	t?	sonstiges:			
☐ Betreuungsurkunde (Kopie)					☐ Vollmacht (Kopie)				
☐ liegt vor ☐ wird nachgereicht					☐ liegt vor ☐ wird nachgereicht				

Anmeldebogen



weitere Zugehörige*r*n und nahestehende Personen 1. Zugehörige*r*n

i. Lugenonge	1 11								
Name:			Vorn	Vorname:					
Adresse:			•	•					
Telefon:			Mobi	Mobil:					
E-Mail:			•	•					
Persönliche B	eziehung / wie ver	wandt?							
Betreuung	surkunde (Kopie)		☐ Vollmacht (Kopie)						
☐ liegt vor [☐ wird nachgereich	nt	☐ liegt vor ☐ wird nachgereicht						
2. Zugehörige	*r*n								
Name:			Vorna	Vorname:					
Adresse:									
Telefon:		Mobi	l:						
E-Mail:									
Persönliche B	seziehung / wie ver	wandt?							
☐ Betreuungsurkunde (Kopie)				☐ Vollmacht (Kopie)					
☐ liegt vor ☐ wird nachgereicht				☐ liegt vor ☐ wird nachgereicht					
Hausarzt									
Name:									
Adresse:									
Telefon:		Fax:	Fax:						
Patientenverfügung liegt vor			nein	nein Impfung COVID-19					
Vertragsunterzeichnung		versorgte und b	etreute	reute Person 🔲 Bevollmä		nächtigte*r*n			
Mitgeführte H	ilfsmittel:								
anmeldende P	Person								
Name, Vorna	me und Anschrift:								
		erbindlich. Alle Angabe ernahme Dritter die vertr				em Tag des			
	Unterschrift	der anmeldenden Person	- 1	Unterso	hrift Finrichtung				