



Antrag auf Aufnahme in die Warteliste

Wir werden die von Ihnen mitgeteilten Informationen vertraglich und ausschließlich in der zuständigen Abteilung behandeln. Sollte nicht bis in längstens **4 Wochen** das von Ihnen gewünschte Vertragsverhältnis zustande gekommen sein, werden die eingereichten Unterlagen gelöscht, bzw. vernichtet. Sie können diese Frist mündlich oder schriftlich verlängern.

Kommt es zu einem Vertragsabschluss, werden Ihre eingereichten Unterlagen zur Akte genommen. Hinweise zum Datenschutz können Sie unter www.stiftung-uhlebuell.de nachlesen.

1. Persönliche Angaben:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	
Geburtsname:	Geburtsort:	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Straße:	Postleitzahl:	Wohnort:	
Telefon:	Konfession:	Beruf:	
Derzeitiger Aufenthaltsort (falls vom gemeldeten Wohnsitz abweichend):			
			Telefon:
Straße:	Postleitzahl:	Ort:	

2. Kranken- / Pflegekasse

Name und Anschrift der Kasse/n:		Mitgliedsnummer:	
Pflegegrad:			
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	<input type="checkbox"/> Antrag gestellt
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4		<input type="checkbox"/> Antrag noch nicht gestellt
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> besteht <input type="checkbox"/> besteht nicht			
Bereits in Anspruch genommene Kurzzeitpflege:			

3. Hausarzt

Name:		Telefon:	
Straße	Postleitzahl:	Ort:	



4. Angehörige

Verwandtschaftsverhältnis:	Name:	Vorname:	Telefon:
Straße:		Postleitzahl:	Ort:
eMail:			
Verwandtschaftsverhältnis:	Name:	Vorname:	Telefon:
Straße:		Postleitzahl:	Ort:
Rechtl. Betreuer o. erstgenannte/n <input type="checkbox"/> akuter Erkrankung <input type="checkbox"/> Angehörige/n informieren bei: <input type="checkbox"/> KH-Einweisung <input type="checkbox"/> Sterbeprozess/Ableben <input type="checkbox"/> auch Nachts			

5. Gesetzliche Betreuung Vorsorgevollmacht

<input type="checkbox"/> besteht		<input type="checkbox"/> besteht nicht		<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Entgegennahme der Post*	
Vormundschaftsgericht:	Aktenzeichen:				
Betreuer/Bevollmächtigter:			Telefon:		
Straße:		Postleitzahl:	Ort:		
eMail:					

*schriftliche Vereinbarung zum Umgang mit der Post erforderlich

6. Diagnosen:

Die Anmeldung gilt bis zum Abschluss des Heimvertrages als unverbindlich.

.....
Datum

.....
Unterschrift