

## Antrag auf Aufnahme in die Warteliste

Wir werden die von Ihnen mitgeteilten Informationen vertraglich und ausschließlich in der zuständigen Abteilung behandeln. Sollte das von Ihnen gewünschte Vertragsverhältnis nicht zustande gekommen sein, werden die eingereichten Unterlagen gelöscht, bzw. vernichtet. Kommt es zu einem Vertragsabschluss, werden Ihre eingereichten Unterlagen zur Akte genommen. Hinweise zum Datenschutz können Sie unter [www.stiftung-uhlebuell.de](http://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:
<b>Pflegegrad:</b>			
<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
<b>Patientenverfügung:</b> <input type="checkbox"/> besteht <input type="checkbox"/> besteht nicht			
<b>Bemerkung:</b>			

### 3. Hausarzt

Name:		Telefon:
Straße		Ort:
	Postleitzahl:	

#### 4. Angehörige

Verwandtschaftsverhältnis:	Name:	Vorname:	Telefon:
Straße:		Postleitzahl:	Ort:
eMail:			
Verwandtschaftsverhältnis:	Name:	Vorname:	Telefon:
Straße:		Postleitzahl:	Ort:
Bemerkung:			

#### 5. Gesetzliche Betreuung Vorsorgevollmacht

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

\*

#### 6. Diagnosen:

--

### 7. Benötigte Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/> es werden keine Hilfsmittel benötigt. <input type="checkbox"/> es werden folgende Hilfsmittel benötigt: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Sauerstoff <input type="checkbox"/> med. Geräte: 1. .... 2. .... 3. ....
--

### 8. Sonstiges:

Wodurch aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Mundpropaganda	<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Sonstiges
	<input type="checkbox"/> Presse	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	
	<input type="checkbox"/> Veranstaltung	<input type="checkbox"/> Internet	

Schnuppertag gewünscht? : .....

Die Anmeldung gilt bis zum Abschluss des Heimvertrages als unverbindlich.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift