



Tel. 03695-609 208 – Fax: 03695-609207 Mail: za.basa@seniorenpflege-badsalzungen.de
Langenfelder Str. 8 36433 Bad Salzungen

Anfrage- und Anmeldebogen

Vor- und Zuname:
Geburtsname:
aktuelle Anschrift:
Geburtsdatum- /ort:
Familienstand:
Staatsangehörigkeit: Konfession:
Hausarzt
(Name, Tel.nr., Fax)

- Einrichtung:
Seniorenpflegezentrum Bad Salzungen Tel. 03695 - 609 222
Haus Parkblick Bad Liebenstein Tel. 036961 - 707 0
Altes Krankenhaus Vacha Tel. 036962 - 176 0
Wohn- und Pflegezentrum Marksuhl Tel. 036925 - 2787 0

Pflege ab/von – bis

- Art der Pflege:
Dauerpflege/Langzeitpflege
Kurzzeit-/Verhinderungspflege
(Nachweis über Anspruch/Restbetrag beifügen)

Antrag gestellt bei der Pflegekasse am: durch:

- Pflegegrad:
2 3 4 5 vorläufiger PG
Pflegegrad beantragt am:

Krankenkasse / Pflegekasse:

Versicherungsnummer:

Aktuelle Zuzahlungsbefreiung: ja nein

Die Bezahlung der Kosten erfolgt durch:

- Eigene Mittel Pflegekasse Sozialhilfeträger sonstige Kostenträger

Kostenübernahme beim Sozialamt beantragt am: durch:

Angehörige / Ansprechpartner:

1. Name, Vorname

Verwandtschaftsverhältnis:

.....

Anschrift, Telefonnr.:

.....

E-Mail:

.....

Bevollmächtigte/r

Betreuer/in

2. Name, Vorname

Verwandtschaftsverhältnis:

.....

Anschrift, Telefonnr.:

.....

E-Mail:

.....

Bevollmächtigte/r

Betreuer/in

Ist eine Patientenverfügung vorhanden: ja

nein

Bestattungsunternehmen:

Anzufügende Dokumente :

- Bescheid Pflegegrad
- Kostenzusage von der Pflegekasse
- Vollmacht, Betreuerausweis, Patientenverfügung
- Zuzahlungsbefreiung
- Schwerbehindertenausweis
- Information über Haftpflichtversicherung

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

(Ort, Datum)

(Unterschrift)