

<b>QAB</b> <b>Ev. Altenzentrum</b> <b>Luchtenberg-Richartz-Haus</b>	<b>Anmeldung</b>	<b>Kap. K 1.03</b> Version 2 Seite 1 von 2
---	------------------	--

### Anmeldung für das Ev. Altenzentrum Luchtenberg-Richartz-Haus Burscheid

Alle Fragen sind vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

#### Stammdaten

Familienname/Geburtsname	
Vorname (Rufname unterstreichen)	
Hauptwohnsitz <ul style="list-style-type: none"><li>• Straße</li><li>• Postleitzahl</li><li>• Stadt</li></ul>	
Derzeitiger Aufenthalt	
Geburtsdaten <ul style="list-style-type: none"><li>• Geburtsdatum</li><li>• Geburtsort</li><li>• Geburtsland</li></ul>	
Staatsangehörigkeit	
Konfession	
Familienstand	

#### Bezugspersonen

1. Bezugsperson <ul style="list-style-type: none"><li>• Name</li><li>• Beziehung</li><li>• Adresse</li><li>• Telefon</li></ul>	
2. Bezugsperson <ul style="list-style-type: none"><li>• Name</li><li>• Beziehung</li><li>• Adresse</li><li>• Telefon</li></ul>	

#### Vertretung

Betreuung, Vollmacht <ul style="list-style-type: none"><li>• Name</li><li>• Adresse</li><li>• Art der Vollmacht</li></ul>	
--	--

<b>QAB</b> <b>Ev. Altenzentrum</b> <b>Luchtenberg-Richartz-Haus</b>	<b>Anmeldung</b>	<b>Kap. K 1.03</b> Version 2 Seite 2 von 2
---	------------------	--

Alle Fragen sind vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

### **Sonstige Informationen**

Pflegeversicherung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Name</li> <li>• Versichertennummer</li> <li>• Versicherungsverhältnis</li> </ul>	
Beihilfeberechtigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausarzt <ul style="list-style-type: none"> <li>• Name</li> <li>• Anschrift</li> <li>• Telefon</li> </ul>	
Frühere Unterbringung in anderen Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Name</li> <li>• Adresse</li> <li>• Telefon</li> </ul>	
Grund der Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Rehabilitation nach stationärem Aufenthalt <input type="checkbox"/> Entlastung der Pflegeperson <input type="checkbox"/> Abwesenheit der Angehörigen <input type="checkbox"/> Probewohnen
Antragsteller der Kurzzeitpflege <ul style="list-style-type: none"> <li>• Name</li> <li>• Adresse</li> <li>• Telefon</li> </ul>	

### **Erklärung**

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

---

Ort, Datum

Unterschrift Kurzzeitpflegegast, Bevollmächtigte\*r, Betreuer\*in