

ANMELDEFORMULAR FÜR DAS PAZ

- LANDKREIS LUDWIGSBURG -

Persönliche Daten des Patienten:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männl. weibl. divers

Adresse:

PLZ u. Ort:

Pflegegrad: _____

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Kranken-/Pflegeversicherung:

Versichertennummer:

Versicherungsträger:

Zuzahlungsbefreiung: ja nein

Ansprechpartner:

Name des Angehörigen o. gesetzl. Betr.:

Beziehung zum Patienten:

Telefonnummer des Angehörigen:

E-Mail-Adresse des Angehörigen:

Hausarzt:

Rechnungsempfänger:

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Notizen:



Pflegebedarf:

Gewünschter Betreuungsbeginn:

Diagnosen (bitte auflisten):

Demenz:

Ja

Nein

Allergien/Unverträglichkeiten:

Ja

Nein

Falls ja, bitte angeben:

Besondere Bedürfnisse oder Wünsche:

**Art der benötigten Pflege
(bitte ankreuzen):**

Grundpflege

Behandlungspflege

Hauswirtschaft & Betreuung

Palliativpflege

Pflegeberatung §37.3

Sonstiges: _____

Kostenträger:

Selbstzahler

Kranken- u. Pflegekasse

Sozialhilfeträger

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam
geworden? (bitte ankreuzen):**

Google

Empfehlung

Zeitung

Zuweiser (z.B. Ärzte)

Sonstiges: _____

**Wie lange sind Sie schon auf der Suche nach der passenden pflegerischen Versorgung?
Wie wurde die Versorgung bisher geregelt?**

Einwilligung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten zur Bearbeitung meiner Anmeldung und für die Pflegeleistungen verwendet werden. Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten oder Angehörigen: _____

