

# 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: \_\_\_\_\_

