Anmeldeformular

InnCare Burghausen

Anschrift: **Krankenhausstraße 1**
84489 Burghausen
Fax: **08677/880-301**
Telefon: **08677/880-303**

Vormerken für:	☐ **Kurzzeit-/** ☐ **Verhinderungspflege,** Wunsch von …….. bis ……..

Name:			**Vorname:**				
Geburtsname:			**Geburtsdatum:**				
Wohnsitz: Straße, Hausnr:				**Geburtsort:**			
PLZ:	**Ort:**						
Telefon:			**eMail-Adresse:**				
Familienstand: ☐ ledig	☐ verh.	☐ verw.		**Konfession:**			
Pflegegrad: ☐ kein	☐ beantragt	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	

An-/ Zugehörige/-r / Bezugsperson ☐ Betreuer/-in ☐ Bevollmächtige/-r (bitte Kopie des Betreuerausweises / der Vollmacht beilegen): Ich bin damit einverstanden, dass im Falle von Rückfragen meine Bezugsperson kontaktiert werden darf und entsprechende Auskünfte im Rahmen vorvertraglicher Informationen erteilt werden dürfen. Die folgenden Angaben sind freiwillig.

Name, Vorname	
Straße, Hausnr., PLZ, Ort	
Telefon / Mobil / eMail:	
Bezugsverhältnis	

An-/ Zugehörige/-r / Bezugsperson ☐ Betreuer/-in ☐ Bevollmächtige/-r (bitte Kopie des Betreuerausweises / der Vollmacht beilegen): Ich bin damit einverstanden, dass im Falle von Rückfragen meine Bezugsperson kontaktiert werden darf und entsprechende Auskünfte im Rahmen vorvertraglicher Informationen erteilt werden dürfen. Die folgenden Angaben sind freiwillig.

Name, Vorname	
Straße, Hausnr. PLZ, Ort,	
Telefon / Mobil / eMail:	
Bezugsverhältnis	

Hausarzt/ -ärztin: ☐ Ich bin damit einverstanden, dass InnCare meinen Hausarzt kontaktieren sowie Auskünfte und Unterlagen von meinem Hausarzt einholen darf. Hierzu entbinde ich meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht im erforderlichen Umfang.

Name, Vorname	
Straße, Hausnr., PLZ, Ort	
Telefon	

Krankenkasse/Pflegekasse Versicherungsnummer (freiwillig)	
Ich bin auf Sie aufmerksam geworden durch	

Ich bin damit einverstanden, dass InnCare meine Angaben zum Zwecke vorvertraglicher Informationen verarbeitet. Sollte ein Vertrag zustande kommen, wird dieses Blatt Bestandteil des Vertrages. Anderenfalls werden diese Informationen nach 5 Jahren vernichtet. Meine gegebene Einwilligung kann ich jederzeit auch teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____