

# Anmeldeformular

## InnCare Haag

Anschrift: Krankenhausstraße 4

83527 Haag

Fax: 08072/378-3329

Telefon: 08072/378-3774 Kurzzeitpflege 08072/378-3260 Tagespflege

Vormerken für:	<input type="checkbox"/> <b>Tagespflege</b> , Wunschtage: Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> mit Fahrdienst <input type="checkbox"/> kein Fahrdienst	
	<input type="checkbox"/> <b>Kurzzeit-/</b> <input type="checkbox"/> <b>Verhinderungspflege</b> , Wunsch von ..... bis .....	
<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsname:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Wohnsitz:</b> Straße, Hausnr:		<b>Geburtsort:</b>
<b>PLZ:</b>	<b>Ort:</b>	
<b>Telefon:</b>		<b>eMail-Adresse:</b>
<b>Familienstand:</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw.		<b>Konfession:</b>
<b>Pflegegrad:</b> <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
<b>An-/ Zugehörige/-r / Bezugsperson</b> <input type="checkbox"/> Betreuer/-in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/-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		
<b>An-/ Zugehörige/-r / Bezugsperson</b> <input type="checkbox"/> Betreuer/-in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/-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		
<b>Hausarzt/ -ärztin:</b> <input type="checkbox"/> 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		
<b>Krankenkasse/Pflegekasse</b>		
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