



Anmeldung zur Heimaufnahme

Persönliche Angaben:

Familienname: _____

Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geb.- Datum: _____ Geb.- Ort: _____

Familienstand: _____ Eheschließung: Wann: _____ Wo: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Beruf:

- erlernt: _____

- zuletzt ausgeübt: _____

letzter Wohnsitz:

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

derzeitiger Aufenthalt

nur ausfüllen., wenn Sie sich zurzeit nicht an Ihrem Wohnsitz aufhalten

(bei Verwandten; im Krankenhaus; in sonstigen Einrichtungen)

Wo? _____

Name: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Bemerkungen:

Bezugspersonen:

Gesetzlicher Betreuer/in:

für

☐ Vermögen ☐ Finanzen ☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Gesundheitsfürsorge

Beschluß durch das Amtsgericht:

Aktenzeichen: _____

Datum der Ausstellung: _____

Befristet bis: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Bemerkungen:

Angehörige / Kontaktpersonen :

Bitte geben Sie mit der Reihenfolge der Eintragungen an, wer von Ihren Angehörigen, von uns bevorzugt angesprochen werden soll. Unter Kontaktart geben Sie bitte z.B. das Verwandtschaftsverhältnis oder Nachbarin, Freund usw. an.

1.)

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Kontaktart: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Tel: _____ Fax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

2.)

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Kontaktart: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Tel: _____ Fax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

3.)

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Kontaktart: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Tel: _____ Fax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Befreiungen:

Sind Sie befreit:

- von Rezeptgebühren ☐ nein ☐ ja wenn ja, bis: _____
(Datum)

- von Fernseh- bzw. Rundfunkgebühren ☐ nein ☐ ja

- von Krankentransporten ☐ nein ☐ ja

- von sonstigem: _____

Ausweise:

Schwerbehindertenausweisnr.: _____ gültig bis: _____

Personalausweisnr.: _____ gültig bis: _____

Bemerkungen: _____

Hausarzt:

Krankenkasse / Pflegekasse

Name: _____

Name: _____

PLZ: _____ Ort _____

PLZ: _____ Ort _____

Straße: _____

Straße _____

Tel.: _____ Fax: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail _____

E-Mail: _____

Mitgliedsnummer: _____

Haben Sie bereits eine Pflegeeinstufung der Pflegekasse?

☐ nein ☐ ja in Pflegegrad: _____

Bitte Kopie des Einstufungsbescheids beifügen!

Bemerkungen:

Angaben zur Finanzierung:

☐ Zuzahlung erfolgt aus dem laufenden Einkommen (Renten)

☐ Zuzahlung erfolgt aus dem Barvermögen (Sparbuch; Bankguthaben)

☐ Zuzahlung erfolgt durch das zuständige Sozialamt

Der Antrag muss im Voraus von der betreffenden Person gestellt werden, bitte Kopie des Bewilligungsbescheids beifügen.

Termin:

o **Dauerpflege:**

Für wann wird die Heimaufnahme gewünscht: _____

o Einzelzimmer

o Doppelzimmer

o **Kurzzeitpflege:**

Für welchen Zeitraum ist die Kurzzeitpflege vorgesehen:

von: _____ bis: _____

Bei der Heimaufnahme bitte mitbringen:

- **Geburts-, Heirats- oder Sterbeurkunde des Ehepartners**

Hinweise; Bemerkungen, Ergänzungen:

(z. B.: Eigene Möblierung, Wünsche zur Aufnahme, Sterbefallregelung)

Ich / wir versichern, dass alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen und möglichst vollständig beantwortet wurden.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Wenn der Antrag nicht von der aufzunehmenden Person gestellt wird, bitte auch Anschrift der Antragstellerin, des Antragstellers angeben.

Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Unterschrift: _____