

Anmeldung zur Heimaufnahme:

vollstationäre Pflege **Kurzzeitpflege** **Verhinderungspflege** **Tagespflege**
(Bitte zusammen mit dem ärztlichen Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden)

| | |
|--|---|
| 1. Vor- und Zuname (Geburtsname): | |
| 2. Adresse: Straße/PLZ/Ort: Telefon: | |
| 3. Derzeitiger Aufenthalt: Straße/PLZ/Ort: | |
| 4. Geburtsdatum, –Ort und -Land: | |
| 5. Familienstand: | 6. Konfession: : 7. Staatsangehörigkeit: |
| 8. Angehörige: a) Name: Straße/PLZ/Ort: Telefon: Verwandtschaftsverhältnis: b) Name: Straße/PLZ/Ort: Verwandtschaftsverhältnis: Telefon: | |
| 9. Betreuer/Bevollmächtigter: Name: Straße/PLZ/Ort: Telefon: Wirkungskreis des Betreuers: (Bitte Beschluss d. Vormundschaftsgerichts beifügen) | |
| 10. Rechnungsempfänger (Name u. Anschrift): | |
| 11. | |
| 12. Krankenkasse: Anschrift: Versicherungsnummer: | |
| 13. Hausarzt Name/Praxis: Straße/PLZ/Ort: Telefon: | |
| 14. Ist Pflege erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein | |
| 15. Gewünschte Unterbringung: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer Termin der Heimaufnahme: | |
| 16. Kostenträger: Wird Unterstützung durch Sozialhilfe beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welches Sozialamt? | |
| Ort, Datum: | Unterschrift des Antragstellers |