

Marienheim  
Rötzer Straße 17  
92431 Neunburg vorm Wald  
Tel.09672-9208100 Fax. 9208144



**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. Ausgegebene Schlüssel:	
12. Krankenkasse: Anschrift: <b>Versicherungsnummer:</b>	
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	
Falls ja, bitte „Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der vollstationären Pflege“ ausfüllen	
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