

Anmeldebogen zur Heimaufnahme

Anmeldung zur Heimaufnahme ab: _____ - _____ - _____

1. Name, Geburtsname: _____

2. Vorname: _____

3. Geboren: _____
(am) (in)

4. Hauptwohnsitz: _____
(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

(Telefon)

5. Pflegestufe: 1 2 3
 Einstufung beantragt am _____

6. Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim?

(Name des Krankenhauses oder Heimes)

(Anschrift des Krankenhauses oder Heimes)

7. Familienstand: ledig verheiratet verwitwet

(Konfession) (Staatsangehörigkeit)

8. Angehörige:
a) _____
(wie verwandt?) (Vor- und Zuname)

(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

(Telefon privat) (Telefon dienstlich)

b) _____
(wie verwandt?) (Vor- und Zuname)

(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

(Telefon privat) (Telefon dienstlich)

Anmeldebogen zur Heimaufnahme

c) _____
(wie verwandt?) (Vor- und Zuname)

(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

(Telefon privat) (Telefon dienstlich)

9. Betreuer/Bevollmächtigter:
(Bestellungsurkunde bzw. Vollmacht in Kopie beifügen)

(Name)

(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

10. Krankenkasse: _____ in: _____

11. Rezeptgebührenbefreiung: Ja: Nein:

12. Hausarzt: _____
(Name)

(Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

(Telefon)

13. Die Heimkosten werden
aufgebracht durch?: _____

a) Eigenmittel: monatliches Einkommen: Vermögen:
_____ Euro Geld: _____ €
Sonstiges: _____ €

(Kopie Rentenbescheid(e) bitte anfügen!)

b) das zuständige Sozialamt: _____

Antrag gestellt am: _____

c) Zahlungen von: _____

14. Gewünschte Unterbringung: Doppelzimmer Einzelzimmer

Anmeldebogen zur Heimaufnahme

15. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?:

in welcher Eigenschaft?:

16. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen?:

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei: Ja Nein:

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers: _____

Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden:
