

## ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

### EINZUG

Einzelzimmer

Doppelzimmer

hohe Dringlichkeit

### PFLEGESTUFE (bestätigt)

0

I

II

III

BEANTRAGT

### ZUR PERSON

Familienname

Vorname/n

(Geburtsname)

Geburtsdatum

Geburtsort

Land

Familienstand

Datum der letzten Eheschließung

Ort der letzten Eheschließung

Staatsangehörigkeit

Konfession

### Hauptwohnsitz

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

### Derzeitiger Aufenthaltsort\*

Name der Einrichtung

Anschrift

### ANGEHÖRIGE

Name

Verwandtschaftsgrad

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon privat

Telefon tagsüber

Mobilnummer

### Angehörige/r

Name

Verwandtschaftsgrad

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon privat

Telefon tagsüber

Mobilnummer

### Angehörige/r

Name

Verwandtschaftsgrad

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon privat

Telefon tagsüber

Mobilnummer



ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME - SEITE 2

**RECHTLICHES\***

Vollmacht vorhanden\*

Betreuungsverfügung vorhanden\*

Gesetzliche Betreuung\*

**Kontaktdaten\***

Name, Anschrift

Telefonnummer

**HAUSARZT**

Name

Anschrift

Telefon

Fax

**KRANKENKASSE**

Name

Nummer der Kasse

Versichertennummer

Anschrift

**KOSTENÜBERNAHME**

**Eigenanteil**

vollständig selbst

weitere(r) Kostenträger:

**Kostenträger**

Träger Sozialhilfe

Anschrift

Telefon

Bescheid vorhanden, bitte mitbringen

Bescheid nicht vorhanden

**Sonstige**

z.B. Beihilfe

**Heimaufenthalte\***

Name und Anschrift der Einrichtung

Dauer des Aufenthalts

Kündigungsgrund

**Bestattungsvorsorge\***

Anschrift

**Antragsteller**

Name

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift

\* falls zutreffend bitte ausfüllen

Den Ärztlichen Fragebogen bitte nicht vergessen.