

## Anmeldung Heimaufnahme

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

<b>1. Nachname / Vorname</b>	
<b>2. Geburtsname</b>	
<b>3. Pflegegrad</b>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad vorhanden <input type="checkbox"/>
<b>4. Wohnung</b>	(Straße und Hausnummer)
	(Postleitzahl) (Wohnort / Gemeinde)
<b>6. Derzeitiger Aufenthalt</b>	(Straße und Hausnummer)
	(Postleitzahl) (Wohnort / Gemeinde)
<b>7. Aufenthalt im Krankenhaus / Heim?</b>	(Name der Einrichtung)
	(Straße und Hausnummer) (Postleitzahl) (Wohnort / Gemeinde)
<b>8. Geburtsort</b>	
<b>8a. Geburtsdatum</b>	
<b>9. Familienstand</b>	
<b>10. Konfession</b>	
<b>11. Staatsangehörigkeit</b>	
<b>12. letzte Eheschließung</b>	Am: _____ in: _____
<b>13. erlernter Beruf</b>	erlernter Beruf
	Zuletzt ausgeübter Beruf
<b>15. Kinder</b> ( bei mehreren Ehen getrennt angeben )	
<b>16. Angehörige</b> ( wenn keine Angehörigen vorhanden sind, bitte Vertrauensperson angeben )	( Vor- und Zuname ) (E-Mail)
	(Straße / Hausnummer) ( Postleitzahl ) ( Wohnort/Gemeinde)
	(Tel. dienstl.) (Tel. priv.) ( Mobil)
	( Vor- und Zuname ) (E-Mail)
	(Straße / Hausnummer) ( Postleitzahl ) ( Wohnort/Gemeinde)
	(Tel. dienstl.) (Tel. priv.) ( Mobil)
	( Vor- und Zuname ) (E-Mail)
	(Straße / Hausnummer) ( Postleitzahl ) ( Wohnort/Gemeinde)
	(Tel. dienstl.) (Tel. priv.) ( Mobil)
	( Vor- und Zuname ) (E-Mail)
	(Straße / Hausnummer) ( Postleitzahl ) ( Wohnort/Gemeinde)
	(Tel. dienstl.) (Tel. priv.) ( Mobil)
<b>17. Bevollmächtigter</b>	( Vor- und Zuname ) (E-Mail)
	(Straße / Hausnummer) ( Postleitzahl ) ( Wohnort/Gemeinde)
	(Tel. dienstl.) (Tel. priv.) ( Mobil)
	( Vor- und Zuname ) (E-Mail)
<b>17a. Betreuer</b>	( Straße / Hausnummer ) ( Telefonnummer )
	( Straße / Hausnummer ) ( Postleitzahl ) ( Wohnort/Gemeinde)

<b>18. Krankenkasse</b>		
<b>19. KK Versicherungsnr.</b>		
		( Vor- und Zuname ) ( Telefonnummer )
<b>20. Name des Hausarztes</b>		
		( Straße / Hausnummer ) ( Postleitzahl ) ( Wohnort/Gemeinde )
<b>21. Monatliches Einkommen</b> ( nach heutigem Stand )		
<b>Art des Einkommens</b>	<b>Zahlende Stelle</b>	<b>Betrag / Euro</b>
<b>22. Kostenträger</b> ( zutreffende Stelle bitte ankreuzen )		<b>22a. Sonstiges</b>
<input type="checkbox"/> <b>das monatliche Einkommen</b>		<b>Zuzahlungsbefreit:</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Zuzahlung aus Barvermögen</b>		
<input type="checkbox"/> <b>das Zuständige Sozialamt</b>		
<b>23. gewünschte Unterbringung</b>		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> vorübergehend DZ danach EZ		
<b>24. Aufnahmewunsch</b>		Datum:
<b>25. Diät notwendig?</b> Welche /Warum?		
<b>26. Frühere Unterbringung?</b>		
<b>27. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme Gewünscht?</b>		
<b>28. Antragsteller</b> ( Name u. Anschrift )		
<b>29. Wie sind sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?</b>		
<b>Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt auszufüllende Frage bogen liegt bei.</b>		
_____		_____
Ort, Datum		Unterschrift des Antragstellers
		_____
		Wenn keine Personengleichheit, auch Unterschrift des zukünftigen Bewohners.