

Anmeldung Heimaufnahme

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

1. Nachname, Vorname			
2. Geburtsname			
3. Pflegegrad	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ kein Pflegegrad vorhanden ☐ Pflegegrad seit (Monat/Jahr): - bitte nehmen Sie den Bescheid über den Pflegegrad zur Heimaufnahme mit -		
4. Wohnung	(Straße und Hausnummer)		
	(Postleitzahl)	(Wohnort / Gemeinde)	
5. Derzeitiger Aufenthalt	(Straße und Hausnummer)		
	(Postleitzahl)	(Wohnort / Gemeinde)	
	(Straße und Hausnummer)	(Postleitzahl)	(Wohnort / Gemeinde)
6. Geburtsort			
7. Geburtsdatum			
8. Familienstand			
9. Konfession			
10. Staatsangehörigkeit			
11. erlernter Beruf	erlernter Beruf		
	Zuletzt ausgeübter Beruf		
12. Kinder (bei mehreren Ehen getrennt angeben)			
13. Angehörige (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)
14. Bevollmächtigter /Betreuer	(Vor- und Zuname) (E-Mail)		
	(Straße / Hausnummer)	(Postleitzahl) (Wohnort/Gemeinde)	
	(Tel. dienstl.)	(Tel. priv.)	(Mobil)
	(Straße / Hausnummer)	(Postleitzahl)	(Wohnort/Gemeinde)
15. Krankenkasse/KVNr:			
16. Name des Hausarztes			



17. Name des Facharztes:	Bitte geben Sie hier die genaue Fachrichtung an.	
18. Monatliches Einkommen (keine Pflichtangabe)		
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag / Euro
19. Kostenträger (zutreffende Stelle bitte ankreuzen)		
☐ das monatliche Einkommen		
☐ Zuzahlung aus Barvermögen		
☐ das zuständige Sozialamt		
Zuzahlungsbefreit: ☐ Ja ☐ Nein		
20. gewünschte Unterbringung	☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐ vorübergehend DZ danach EZ	
21. Aufnahmewunsch	Datum:	
22. Diät notwendig? Welche /Warum?		
23. Antragsteller (Name u. Anschrift)		
24. Wie sind sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?		
25. Haben Sie eine Haftpflichtversicherung?	☐ Ja ☐ Nein	
Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt auszufüllende Fragebogen liegt bei.		
_____ Ort, Datum _____ Unterschrift des Antragstellers		