



Anmeldung Heimaufnahme, Kurzzeitpflege

Geltungsbereich: **AWO ER, AWO SONNE, AWO SSD**
Bereich: stationäre Pflege und stationäre Eingliederungshilfe

Einrichtung: _____ Eingangsvermerk Einrichtung: _____

1. Familienname	Titel	Familienname	Geburtsname		
2. Vorname(n)	Rufnamen bitte unterstreichen				
3. Geburtsdaten	am	in	Staat		
4. Wohnung <small>(mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)</small>	PLZ	Wohnort, Gemeinde			
	Straße / Hausnummer				
5. Derzeitiger Aufenthalt	PLZ	Wohnort, Gemeinde			
	Straße / Hausnummer		Telefonnummer		
	Name der Person / der Einrichtung	Aufnahmetag	Aufnahmegrund		
6. Familienstand	Stand	Letzte Eheschließung / Partnerschaftseintragung			
7. Staatsangehörigkeit/ Konfession	Staatsangehörigkeit	Konfession			
8. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Antrag Begutachtung ist gestellt		
9. Beruf	erlernter Beruf				
	zuletzt ausgeübte Tätigkeit				
10. Kinder (Anzahl)	Volljährige	Minderjährige			
11. Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> keine Vorsorgevollmacht oder Betreuung <input type="checkbox"/>	Name Betreuer/in / Bevollmächtigte/r / Amtsvormund		Telefon		
	Anschrift		E-Mail		
	Name Ersatzbetreuer/in / Ersatzbevollmächtigte/r		Telefon		
	Anschrift		E-Mail		
12. Angehörige <small>(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben.)</small>	a) Name, Vorname		Verwandtschaftsgrad	Telefon	Prioritätsstufe
	Anschrift				
	E-Mail-Adresse				
	b) Name, Vorname		Verwandtschaftsgrad	Telefon	Prioritätsstufe
	Anschrift				
	E-Mail-Adresse				
	c) Name, Vorname		Verwandtschaftsgrad	Telefon	Prioritätsstufe
	Anschrift				
	E-Mail-Adresse				



Anmeldung Heimaufnahme, Kurzzeitpflege

Geltungsbereich: **AWO ER, AWO SONNE, AWO SSD**
Bereich: stationäre Pflege und stationäre Eingliederungshilfe

13. Name des Hausarztes/Hausärztin	Name	Anschrift, Telefonnummer	
	Name	Anschrift, Telefonnummer	
	Name	Anschrift, Telefonnummer	
	Name	Anschrift, Telefonnummer	
14. Krankenkasse	Name	Mitgliedsnummer	Versicherungsverhältnis
15. Pflegekasse	Name	Mitgliedsnummer	Versicherungsverhältnis
16. Kassenärztliche Befreiung vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
17. Bei Familienhilfe:	des/der Versicherten Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Arbeitgeber/in oder Versicherungsverhältnis		
18. Kostenträger (zutreffendes bitte ankreuzen)	Die Heimkosten werden aufgebracht durch:		
	<input type="checkbox"/> Eigenanteil (aus Privatvermögen)		
	<input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben etc.)		
	<input type="checkbox"/> Zahlungen von <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> sonstige:		
<input type="checkbox"/> das zuständige Sozialamt in _____ bzw. den überörtlichen Sozialhilfeträger			
19. Gewünschtes Zimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
20. Termin der Heimaufnahme	Wann wird die Aufnahme gewünscht?		
21. Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?			
22. Wer stellt diesen Antrag für den/die Aufzunehmende/n in welcher Eigenschaft?	Name und ggf. Anschrift		Eigenschaft
23. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen			

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in