

Anmeldung Heimaufnahme

Einrichtung:

Eingangsvermerk Einrichtung:

1. Familienname	Titel	Familienname	Geburtsname		
2. Vorname(n)	Rufnamen bitte unterstreichen				
3. Geburtsdaten	am	In	Staat		
4. Wohnung (mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)	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					
	zuletzt ausgeübte Tätigkeit				
10. Kinder (Anzahl)	Volljährige		Minderjährige		
11. Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/>	Name Betreuer/in / Bevollmächtigte/r / Amtsvormund		Telefon		
Betreuung <input type="checkbox"/>	Anschrift		E-Mail		
keine Vorsorgevollmacht oder Betreuung <input type="checkbox"/>	Name Ersatzbetreuer/in / Ersatzbevollmächtigte/r		Telefon		
	Anschrift		E-Mail		
12. Angehörige (Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben.)	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

13. Name des/der Hausarztes/Hausärztin	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 Versichertenverhältnis: _____			
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