

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. Vorsorgevoll- macht <input type="checkbox"/>	Name Betreuer/in / Bevollmächtigte/r / Amtsvormund _____		Telefon _____		
Betreuung <input type="checkbox"/>	Anschrift _____		E-Mail _____		
keine Vorsorge- vollmacht 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