



Anmeldung Heimaufnahme, Kurzzeitpflege

Geltungsbereich: **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 (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	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ nein					☐ Antrag Begutachtung ist gestellt
9. Beruf	erlernter Beruf					
	zuletzt ausgeübte Tätigkeit					
10. Kinder (Anzahl)	Volljährige			Minderjährige		
11. Vorsorgevollmacht ☐	Name Betreuer/in / Bevollmächtigte/r / Amtsvormund			Telefon		
Betreuung ☐	Anschrift			E-Mail		
keine Vorsorgevollmacht oder Betreuung ☐	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, Kurzzeitpflege

Geltungsbereich: **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?	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
17. Bei Familienhilfe:	des/der Versicherten Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Arbeitgeber/in oder Versichertenverhältnis		
18. Kostenträger (zutreffendes bitte ankreuzen)	Die Heimkosten werden aufgebracht durch: ☐ Eigenanteil (aus Privatvermögen) ☐ Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben etc.) ☐ Zahlungen von ☐ Pflegekasse ☐ Unfallversicherungsträger ☐ sonstige: ☐ das zuständige Sozialamt in _____ bzw. den überörtlichen Sozialhilfeträger		
19. Gewünschtes Zimmer	☐ Einzelzimmer ☐ 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