

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Derzeit. Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Kirchengemeinde: \_\_\_\_\_

Angehörige: a) Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht:  ja  nein

b) Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht:  ja  nein

Gerichtl. Betreuer:  ja  nein

wenn ja: Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Wirkungskreis: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Liegt eine Befreiung von Zuzahlung zu Rezeptgebühren vor?  ja  nein

Gewünschte Unterbringung:  Einzelzimmer  Doppelzimmer

Gewünschter Termin der Aufnahme: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1 -  2 -  3 -  4 -  5 -  noch nicht eingestuft  beantragt

Kostenträger: Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Wird Unterstützung durch das Sozialamt beantragt?  ja  nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig? \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

und/oder

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufzunehmenden