

## Anmeldung zur Aufnahme

### Für die Anmeldung zur

- zur Heimaufnahme Stationär
- Einzelzimmer  Doppelzimmer
- Anmeldung vorsorglich ab: \_\_\_\_\_
- Anmeldung dringlich ab: \_\_\_\_\_

### Kurzzeitpflege:

von \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_

### Verhinderungspflege:

von \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_

Bitte ausfüllen und zusammen mit dem ausgefüllten ärztlichen Fragebogen einreichen. **Danke!**

### Persönliche Angabe:

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_ Pflegegrad \_\_\_\_\_

### Angehörige I (Unmittelbare Ansprechpartner)

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tagsüber wo erreichbar \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### Angehörige II

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tagsüber wo erreichbar \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### Rechtliche Betreuerin oder rechtlicher Betreuer:

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Vorsorgevollmacht I:**

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Vorsorgevollmacht II:**

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Hausarzt:**

Name \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung:**

ja

Nein

**Zahlungsbefreit:**

ja

Nein

Sozialhilfeleistungen beantragt oder bezogen

ja

Nein

wenn ja, ab wann \_\_\_\_\_

wo \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:**

Name \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Rentenversicherung:**

Name \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Einkommensverhältnisse zur Aufbringung der Heimkosten (z. B.: Rente, Miete, usw.)**

Einkommen durch: \_\_\_\_\_ Betrag: \_\_\_\_\_  
Einkommen durch: \_\_\_\_\_ Betrag: \_\_\_\_\_  
Einkommen durch: \_\_\_\_\_ Betrag: \_\_\_\_\_  
Summe: \_\_\_\_\_

Der Antragsteller bzw. sein Vertreter versichern, dass die Pflegesätze des Heims von ihm zum Zeitpunkt der voraussichtlichen Aufnahme aus Eigenmitteln (Rente, Barvermögen, usw.) oder durch einen rechtzeitig an den zuständigen Kostenträger (z. B. Sozialamt) gestellten Antrag aufgebracht werden können. Ihm sind die Pflegesätze des Heims zum Zeitpunkt der Antragstellung bekannt.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers bzw. Vertreter \_\_\_\_\_