

Vermerk/Verwaltung: als Bewerber eingegeben am:

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Anmeldedatum \_\_\_\_\_ Aufnahmetag \_\_\_\_\_

Dringlicher Antrag  Vorsorglicher Antrag  Dauerpflege  Kurzzeitpflege

Vor- und Zuname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsang.:

Familienstand:

Konfession:

Straße:

Derzeitiger Aufenthalt

PLZ/Ort:

PLZ/Ort

Telefon/Fax:

Telefon/Fax

Angehörige/ Verwandtschaftsgrad:

Weitere Angehörige/Verwandtschaftsgrad

Vor- und Zuname:

Vor- und Zuname:

Straße:

Straße:

PLZ/Ort:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Telefon/Fax:

Email:

Email:

Hausarzt/Name:

Weiterer Arzt/Name:

Straße:

Fachbereich:

PLZ/Ort:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Telefon/Fax:

Einstufung in Pflegeversicherungsleistungen:

Pflegegrad: **1 2 3 4 5**

Datum der Einstufung:

Einstufung beantragt am:

Von wem?



Höhe des Einkommens (z. B. Rente usw.)		<b>Wenn Einkommen und Pflegezulage nicht ausreichen, bitte beim Sozialamt sofort Antrag auf Kostenübernahme stellen.</b>	
Die/Der Anzumeldende trägt die Heimkosten selbst: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<b>Angaben zum Ehepartner (als Angehörige/r oder falls auch Aufnahme erwünscht)</b>			
Vor- und Zuname:		Weitere Angehörige/Verwandtschaftsgrad	
Geburtsdatum		Konfession	Vor- und Zuname
Straße:		Straße:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Telefon/Fax:		Telefon/Fax:	
<b>Besteht eine Betreuung (Amtsgericht) <input type="checkbox"/> oder Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ?</b>			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja siehe unten		<b>Patiententestament</b> vorhanden?	
Vor- und Zuname des Betreuers/Bevollmächtigten:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Straße:		Benachrichtigung bei freiem Platz geht an:	
PLZ/Ort:		Telefon/Fax:	
Telefon/Fax:		Betreuungsantrag gestellt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Gewünschte Unterbringung:			
Einzellzimmer: <input type="checkbox"/> Doppelzimmer: <input type="checkbox"/> Kombizimmer: <input type="checkbox"/> Egal: <input type="checkbox"/>			
Krankenkasse + Versicherungsnummer:		Rezeptgebührenbefreiung:	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Raum für besondere Mitteilungen:			
Kempfen, den		Unterschrift _____	
Auszufüllen vom Heim			
Einzugsdatum: _____			
Wohnbereich: _____		Zimmer: _____	