

Anmeldeformular zur Heimaufnahme

Wichtiger Hinweis:

Damit wir Ihnen einen Heimeinzug ermöglichen können, müssen alle Unterlagen vollständig vorhanden sein. Ohne diese ist ein Heimeinzug unsererseits leider nicht möglich.

Einzüge: Nach Absprache

☐ **Vollstationär** Einzugstermin:

☐ **Kurzzeitpflege** Von: Bis:

☐ **Verhinderungspflege** Von: Bis:

Pflegegrad: ☐ Nein ☐ PG 1 ☐ PG 2 ☐ PG 3 ☐ PG 4 ☐ PG 5

Persönliche Daten Antragsteller

Anrede/Titel: ☐ Frau ☐ Herr ☐ Sonstige:

Name: Geburtsname:

Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Staatsangehörigkeit: Religion/Konfession:

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Lebenssituation: ☐ allein lebend ☐ mit Ehe-/ Lebenspartner ☐ bei/ mit den Kindern

Straße/ Hausnummer: PLZ/ Ort:

Telefonnummer: Handynummer:

Kinder: ☐ Nein ☐ Ja, Anzahl:

Daten Angehörige/ Betreuer

1. Ansprechpartner

Anrede/Titel: ☐ Frau ☐ Herr ☐ Sonstige:

Name: Vorname:

Straße/ Hausnummer: PLZ/ Ort:

Telefonnummer: Handynummer:

Fax: E-Mail:

Verwandtschaftsverhältnis:

Dieser Person darf Auskunft über Ihnen erteilt werden: ☐ Nein ☐ Ja

Vorsorgevollmacht: ☐ Nein ☐ Ja ☐ Beantragt

Gesetzlicher Betreuer: ☐ Nein ☐ Ja ☐ Beantragt

2. Ansprechpartner

Anrede/Titel: ☐ Frau ☐ Herr ☐ Sonstige:

Name: Vorname:

Straße/ Hausnummer: PLZ/ Ort:

Telefonnummer: Handy:

Fax: E-Mail:

Verwandtschaftsverhältnis:

Dieser Person darf Auskunft über Ihnen erteilt werden: ☐ Nein ☐ Ja

Vorsorgevollmacht: ☐ Nein ☐ Ja ☐ Beantragt

Gesetzlicher Betreuer: ☐ Nein ☐ Ja ☐ Beantragt

Daten Hausarzt

Name:

Straße/ Hausnr.: PLZ/ Ort:

Telefonnummer: Fax:

Aktueller ärztlicher Fragebogen: (vom Arzt oder Krankenhaus auszufüllen) ☐ Ja ☐ Nein

Verordnung über die Medikamenteneinnahme: (Medikamentenplan) ☐ Ja ☐ Nein

Patientenverfügung: ☐ Ja ☐ Nein

Versicherungsdaten

Krankenkasse: Ort der KK:

Mitgliedsnummer:

Zuzahlungsbefreiung von Medikamenten: ☐ Ja ☐ Nein

Schwerbehindertenausweis: ☐ Ja ☐ Nein

Heimkosten

☐ Ich bin Selbstzahler mit Unterstützung des Sozialamtes ☐ Ich bin Selbstzahler

☐ Sozialamt übernimmt die Kosten ☐ Zuschuss Pflegekasse

☐ Sonstige:

Beziehen Sie Einkommen? (z.B. Rente) Oder haben Sie Vermögen? (z.B. Haus, Wertpapiere, usw.)

☐ Nein ☐ Rente: In Euro:

☐ Witwenrente: In Euro:

☐ Sonstiges: In Euro:

☐ Sonstiges: In Euro:

Datum

Unterschrift Bewohner

Unterschrift Betreuer/Bevollmächtigter