

Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.		
1. Zuname: (Familienname, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)		
2. Vorname(n): (Rufname bitte unterstreichen)		
3. Wohnung: (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (Postleitzahl)	_____ (Wohnsitz, Gemeinde)
	_____ (Straße und Hausnummer)	
4. Nebenwohnung: (Mit zweitem Wohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (Postleitzahl)	_____ (Wohnsitz, Gemeinde)
	_____ (Straße und Hausnummer)	
5. Aktuell in welchem Krankenhaus oder Heim?		
_____ (Name des Krankenhauses oder des Heims)		
_____ (Anschrift des Krankenhauses oder des Heims)		
Annahmetag:		
Aufnahmegrund:		
6. Geburtsdaten: (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben)	am:	in:
7. Familienstand:	8. Konfession:	
9. Staatsangehörigkeit:		
10. Angehörige:		
a) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname)	
_____ (Postleitzahl)	_____ (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer, Telefon?)
b) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname)	
_____ (Postleitzahl)	_____ (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer, Telefon?)
c) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname)	
_____ (Postleitzahl)	_____ (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer, Telefon?)
(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauenspersonen angeben!)		

11. Betreuer:
(Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen) _____
(Vor- und Zuname)

(Straße und Hausnummer)

12. Rentenausweisnummer: _____

13. Krankenkasse: _____

14. Pflegegrad: ☐ ja ☐ nein Welcher? _____

15. Versicherungsverhältnis: (gesetzlich / privat) _____

16. Mitgliedsnummer der Krankenkasse: _____

17. Zuzahlungsbefreit: _____ bei Arzneimitteln: _____
bei Kuren, Transporten, Physiotherapie: _____

18. Name des Hausarztes: _____ Dr.: _____
Anschrift: _____

19. Monatliches Einkommen: (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro

Monatliches Einkommen Serviceleistungen

Einkauf von Pflegemitteln wie z.B. Duschbad, Körperlotion, Zahncreme soll über die Einrichtung erfolgen ☐ Ja ☐ Nein

Telefon ☐ Ja ☐ Nein

Verwahrtgeldkonto ☐ Ja ☐ Nein (für Kosten wie z.B. Apotheke, Zuzahlungen, Fußpflege und Friseur; empfohlener Betrag ca. 100,00€)

Sonstiges: _____

20. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? _____
(Vor- und Zuname)

(Straße und Hausnummer)

(In welcher Eigenschaft?)

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Datum: _____ Unterschrift des Antragstellers: _____

Wenn nicht Personengleichheit, auch
Unterschrift des Aufzunehmenden: _____

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.