

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Nur zusammen mit dem vom
Arzt ausgefüllten Fragebogen

einbringen

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

1. Zuname (bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)

2. Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen)

3. Wohnung (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)

(Postleitzahl)

(Wohnort, Gemeinde)

(Straße, Hausnummer)

(bei wem ?)bei:

4. Nebenwohnung (Mit zweitem Wohnsitz
polizeilich gemeldet) (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)
Straße und Hausnummer:

5. Derzeitiger Aufenthalt

(Postleitzahl)

(Wohnort, Gemeinde)

Straße und Hausnummer:
bei wem? bei

6. Zur Zeit in welchem Krankenhaus,

welcher Pflegeeinrichtung o.ä.?

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Aufnahmetag:

Aufnahmegrund:

7. Geburtsdaten (Beim Geburtsort Kreis und ggf
auch Land/Staat mit angeben) **am:** **in:**

8. Familienstand: **9. Konfession:** **10. Staatsangehörigkeit:**

11. Beruf

erlernter Beruf:

zuletzt ausgeübt:

12. Beruf des Ehemannes (bei Frauen)

13. Kinder (bei mehreren Ehen getrennte Angaben) Volljährige: Minderjährige: verstorbene:

14. 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 Vertrauensperson angeben)

15. Betreuer (Name und genaue Anschrift):

Bitte wenden

16. Krankenkasse (oder sonstige Kostenverträge
für Arzt , Arznei usw.)

17. Versicherungsverhältnis (z.B. Rentner, freiwillige
Mitglieder, Familienhilfe)

18. Mitglieds-Nr. der Krankenkasse oder Aktenzeichen
des Behandlungskostenträgers

19. Wer bezahlt die Beiträge?

20. Name des Hausarztes Dr. _____
Anschrift: _____

21 . Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag €

22. Kostenträger (Zutreffende Zeilen bitte ankreuzen X). Die Heimkosten werden aufgebracht durch

- das oben angeführte monatliche Einkommen: _____
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben) Bestand heute € ** _____
- Zuzahlungen* von _____
- das zuständige Sozialamt * in _____

* Die Kostenverpflichtungserklärung - liegt bei - folgt in den nächsten Tagen - muß noch beantragt werden - ist beantragt am

** Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!

23. Gewünschte Unterbringung (Zutreffende Zeilen bitte ankreuzen X) **24. Termin** (Für wann wird die
Aufnahme gewünscht?) _____

- Doppelzimmer
- im Souterrain im Dachgeschoss
- im Erdgeschoss
- im Obergeschoss

25. Diät notwendig?

welche, warum

26. Frühere Unterbringung (in einem Heim oder ähnlicher Einrichtung. Wo? Wann? Aus welchem Grund dort
ausgeschieden?) _____

28. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? Name und genaue Anschrift:

_____ in welcher Eigenschaft?

29. Pflegestufe

30. Wer erhält Rechnung?

31. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen

gewünschtes Bestattungsunternehmen: _____

Diese Anmeldung ist -bis auf Widerruf- verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.
Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

_____ 20

Unterschrift des Antragstellers: _____

Wenn nicht Personengleich, auch Unterschrift des Aufzunehmenden: _____

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