













Eingangsvermerke der Einrichtung:

Anmeldung zur **Heimaufnahme**
 Kurzzeitpflege (von _____ bis _____)

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten ärztlichen Fragebogen einreichen)

1. Name, Vorname			
2. Adresse	Straße		
	PLZ	Ort	
3. Geburtsdaten	Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsname:
4. Familienstand	verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/>		Sterbetag des Ehegatten:
5. Eheschließung	Datum der letzten Eheschließung:		Ort der letzten Eheschließung:
6. Konfession			6.1. Staatsangehörigkeit
7. Beruf			
8. Derzeitiger Aufenthalt (Bei Krankenhaus oder Altenheim bitte Adresse)	bei:		
	Straße		
	PLZ	Ort	
9. Angehörige	a)	Name, Vorname	
		Straße, PLZ, Ort	
		wie verwandt	 
	b)	Name, Vorname	
		Straße, PLZ, Ort	
		wie verwandt	 
	c)	Name, Vorname	
		Straße, PLZ, Ort	
		wie verwandt	 

weiter auf Rückseite

10. Betreuung / Vollmacht	ja <input type="checkbox"/> (Bitte Nachweis in Kopie beifügen)	nein <input type="checkbox"/> (Wir empfehlen in jedem Fall die Ausstellung einer Vorsorgevollmacht)
11. Wirkungskreis der Betreuung / Vollmacht	Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/>	
12. Betreuer / Bevollmächtigter	Name, Vorname	
		
	Straße, PLZ, Ort	
13. Patientenverfügung liegt vor	ja <input type="checkbox"/> (Bitte Kopie beifügen)	nein <input type="checkbox"/> (Wir empfehlen die Niederschrift einer Patientenverfügung, Formulare erhalten Sie in unserer Verwaltung)
14. Derzeitiger Hausarzt	Name, Vorname	
		
	Straße, PLZ, Ort	
	Der ärztliche Fragebogen liegt bei ?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
15. Krankenkasse / Pflegekasse		Mitgliedsnummer:
16. Einstufung Pflegeversicherung	nein <input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Pflegegrad: _____ (Bitte Pflegebescheid beifügen)	
17. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	
18. Gewünschter Einzugstermin	zur Heimaufnahme:	sofort <input type="checkbox"/> später, ca.: _____
	zur Kurzzeitpflege:	von: _____ bis: _____
19. Finanzierung / Kostenträger	Eigenmittel <input type="checkbox"/> Beihilfeversicherung <input type="checkbox"/>	
	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt ? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig ? _____	
	Sozialhilfeantrag wurde bereits gestellt am: _____	
20. Hinweise, Ergänzungen, Bemerkungen		

Ort:	
Datum:	
Unterschrift des Antragstellers oder Bevollmächtigten:	