













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		 
		Email:		
	b)	Name, Vorname		
		Straße, PLZ, Ort		
		wie verwandt		 
		Email:		
	c)	Name, Vorname		
		Straße, PLZ, Ort		
		wie verwandt		 
		Email:		

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. Wirkungsbereich 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"/>	Beschützter Bereich <input type="checkbox"/> Palliative Versorgung <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:	