

# Anmeldung zur Heimaufnahme

**Dauerpflege**

**Kurzzeitpflege**

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

**1. Zuname**  
(Familienname, ggf. auch den Geburtsnamen angeben)

**2. Vorname(n)**  
(Rufnamen bitte unterstreichen)

**3. Adresse**  
(Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet) Straße u. Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort  
Straße u. Hausnummer \_\_\_\_\_

**4. Derzeitiger Aufenthalt**  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**5. Geburtsdaten** am .....  
(Beim Geburtsort den Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben) in .....

**6. Familienstand**  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  getrennt lebend

**7. Konfession**

**8. Staatsangehörigkeit**

**9. Beruf** erlernter Beruf \_\_\_\_\_  
zuletzt ausgeübt \_\_\_\_\_

**10. Angehörige / Ansprechpartner**

Wie verwandt? _____	Wie verwandt? _____
Vor- u. Zuname _____	Vor- u. Zuname _____
Straße, Hausnummer _____	Straße, Hausnummer _____
PLZ, Wohnort _____	PLZ, Wohnort _____
Telefon / Fax _____	Telefon / Fax _____
e-Mail _____	e-Mail _____

**11. Betreuung vorhanden** ja / nein (Wenn ja, Kopie der Bestallungsurkunde beifügen!)  
Name des Betreuers \_\_\_\_\_  
genaue Anschrift \_\_\_\_\_

**12. Vollmacht vorhanden** ja / nein (Wenn ja, Kopie der notariellen Vollmacht beifügen!)  
Name des Betreuers \_\_\_\_\_  
genaue Anschrift \_\_\_\_\_

(Weitere Vollmachten oder Bevollmächtigte bitte auf einem gesonderten Blatt angeben.)

**13. Krankenkasse**  
(oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw.)

**14. Pflegegrad vorhanden**

Welcher \_\_\_\_\_

Muss noch beantragt werden

# Anmeldung zur Heimaufnahme

**15. Mitgliedsnummer** der Krankenkasse \_\_\_\_\_ (oder Aktenzeichen des Behandlungskostenträgers)

**16. Hausarzt** Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**17. Befreiung von Arzneikosten** ja / nein vorhanden:

**18. Kostenträger**  Eigenleistung

Sozialamt

Sozialhilfeantrag bei dem zuständigen Sozialamt in \_\_\_\_\_

Antrag liegt bei

muss noch gestellt werden

folgt in den nächsten Tagen

ist beantragt worden am \_\_\_\_\_

**19. gewünschte Unterbringung** (zutreffendes bitte ankreuzen.)

Einzelzimmer

Doppelzimmer

**20. Termin** (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)

**21. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?**

\_\_\_\_\_

**22. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen**

(z.B. Ist eine Patientenverfügung vorhanden? Haben Sie eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers)

\_\_\_\_\_  
(Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden)

Für Vermerke des Heims