

Anmeldung zur Heimaufnahme () Kurzzeitpflege () zur Tagespflege ()

Bitte alle Fragen vollständig beantworten.	
1. <u>Name:</u>	
2. <u>Vorname(n):</u> (Rufnamen bitte unterstreichen)	
3. <u>Geburtsname:</u>	
4. <u>Geburtsdatum:</u>	<u>Ort:</u>
<u>Kreis</u>	<u>Land:</u>
5. <u>Familienstand:</u>	6. <u>Konfession:</u>
7. <u>Staatsangehörigkeit:</u>	
8. <u>Wohnung:</u>	
(Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	(Postleitzahl) (Wohnsitz, Gemeinde, Kreis)
	(Straße und Hausnummer) (Telefon)
9. <u>Zur Zeit im Krankenhaus oder Altenheim?</u>	
	(Name des Krankenhauses oder des Heims)
	(Anschrift des Krankenhauses oder des Heims)
10. <u>Angehörige:</u>	
a)	
(Verwandtschaftsgrad)	(Vor- und Zuname)
(Postleitzahl)(Wohnort, Gemeinde)	(Straße, Hausnummer, Telefon?)
b)	
(Verwandtschaftsgrad)	(Vor- und Zuname)
(Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)	(Straße, Hausnummer, Telefon?)
c)	
(Verwandtschaftsgrad)	(Vor- und Zuname)
(Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)	(Straße, Hausnummer, Telefon?)
(Falls es keine Angehörigen gibt, bitte eine andere Vertrauensperson angeben!)	

11. <u>Liegt eine Betreuung / Vollmacht vor?</u> ☐ ja ☐ nein _____ (Vor- und Zuname) _____ (Straße und Hausnummer, Telefon) (Kopie der Bestellsurkunde oder Vollmacht beilegen)															
12. Name und Anschrift der Krankenkasse:															
13. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:		Vers. Karte liegt vor: ja ☐ nein ☐													
14. Pflegegrad: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		beantragt am: _____													
15. Zuzahlungsbefreit: ☐ ja ☐ nein		Befreiungsausweis liegt vor ☐ ja ☐ nein __													
16. Name des Hausarztes: _____ weitere Betreuung im Altenheim: ☐ ja ☐ nein Anschrift / Telefon: _____ Ärztlicher Fragebogen ausgefüllt und beigelegt ☐ ja ☐ nein _____															
17. Vermögenssituation: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Art des Einkommens (z.B. Rente)</th> <th style="width: 33%;">Zahlende Stelle</th> <th style="width: 33%;">Betrag in Euro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro									
Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro													
18. <u>Die Kosten werden aufgebracht durch:</u> ☐ Pflegekasse ☐ das vorstehend aufgeführte Einkommen ☐ Zuzahlung aus Barvermögen ☐ Anteilig durch Sozialamt Antrag wurde beim zuständigen Sozialamt in _____ gestellt Wichtig: Der Antrag auf Leistungen beim Sozialamt ist unbedingt vor Heimaufnahme zu stellen															
19. <u>Gewünschte Wohnform:</u> ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer															
20. <u>Einzugstermin bei vollstationärer Pflege:</u>															
21. <u>Gewünschter Aufenthaltszeitraum bei Kurzzeitpflege:</u> vom: _____ bis: _____															
22. <u>Datum, Unterschrift des Antragstellers:</u>															
23. <u>Sonstiges(ggf. Rechnungsanschrift):</u>															