

Anmeldung zur Heimaufnahme

Wir bitten Sie um vollständige Angaben:

Dauerpflege

Kurzzeitpflege von: bis:

1. Zuname:

Geburtsname:

Vorname:
(bei mehreren Vornamen den Rufnamen bitte unterstreichen)

2. Wohnung:
Postleitzahl Ort, Kreis

.....
Straße, Hausnummer

3. Zurzeit im Krankenhaus? Ja Nein

.....
Name des Krankenhauses

Zurzeit oder vor Einzug bei uns „vollstationär“ in einer anderen Einrichtung gewesen:

Ja Nein wenn ja, seit wann
genaues Aufnahmedatum in der vorherigen Einrichtung

4. Für unsere Einrichtung:

Aufnahmetag: Aufnahmegrund:

5. Geburtsdatum: Geburtsort:
(TTMMJJJJ)

6. Familienstand: seit wann:
(TTMMJJJJ)

7. Konfession: Nationalität:

Anmeldung zur Heimaufnahme

8. Antragsteller, Vor- und Zuname:

.....
Postleitzahl, Wohnort

.....
Straße, Hausnummer

Telefon: Mobil:

E-Mail:

9. Angehörige:

a)
wie verwandt? Vor- und Zuname

.....
Postleitzahl, Wohnort

.....
Straße, Hausnummer

Telefon: Mobil:

E-Mail:

b)
wie verwandt? Vor- und Zuname

.....
Postleitzahl, Wohnort

.....
Straße, Hausnummer

Telefon: Mobil:

E-Mail:

c)
wie verwandt? Vor- und Zuname

.....
Postleitzahl, Wohnort

.....
Straße, Hausnummer

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Anmeldung zur Heimaufnahme

10. Betreuer, Vor- und Zuname:

.....
Postleitzahl, Wohnort Straße, Hausnummer, Telefon

E-Mail:

Gesetzl. Betreuung Vorsorgevollmacht

Sonstiges:.....

11. Rentenausweisnummer:

12. Personalausweisnummer:

13. Pflegekasse, Anschrift:

14. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:

15. Versicherungsverhältnis: gesetzlich privat

16. Pflegegrad: Ja Nein beantragt Wenn ja, welcher

17. Kostenträger außer der Pflegekasse:

Selbstzahler Sozialhilfe

18. Name des Hausarztes:

.....
Postleitzahl, Wohnort Straße, Hausnummer, Telefon

Telefon: Fax:

19. Gewünschte Unterbringung:

Einzelzimmer Doppelzimmer Mehrbettzimmer

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

21. Diät? Ja Nein Wenn ja, welche, evtl. Sondenernährung?

.....

Anmeldung zur Heimaufnahme

23. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen (z.B. Fixierung, Weglaufgefährdung, etc.)

.....
.....

24. Gibt es eine Bestattungsvorsorge? Ja Nein

Wenn ja, bitte Name und Anschrift des Bestattungsunternehmens angeben

.....
.....

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit, auch
Unterschrift des Aufzunehmenden