

Anmeldung zur Heimaufnahme Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!

1. Name/Geburtsname			
2. Vornamen			
3. Ständiger Wohnort	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> andere Pflegeeinrichtung (vollstationär)		
	Anschrift:		
	Bundesland/ Landkreis:		
4. Abweichender Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung		
	Anschrift:		
5. Geburtsdatum, -ort	am:	in:	
6. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		
7. Konfession			
8. Staatsangehörigkeit			
9. Beruf	erlernter Beruf:		zuletzt ausgeübt:
10. Pflegegrad	stationär, Grad:	häuslich, Grad:	stationär beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Angehörige/Kinder	wie verwandt:	Vor- und Zuname:	Telefon:
	Anschrift:		
	wie verwandt:	Vor- und Zuname:	Telefon:
	Anschrift:		
	wie verwandt:	Vor- und Zuname:	Telefon:
	Anschrift:		
12. Gerichtlich bestellter Betreuer	Vor- und Zuname:		Telefon:
	Anschrift:		
13. Bestellt durch Amtsgericht			
14. Krankenkasse (Pflegekasse)	vollständiger Name:		
	Anschrift:		
15. Versicherungsnummer der Krankenkasse			



16. Beamtenrechtl. oder vergleichbarer Beihilfeanspruch	(Bezeichnung der Beihilfestelle)	
17. Hausarzt	Name:	Telefon:
	Anschrift:	
18. monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)		
Art des Einkommens	zahlende Stelle	Betrag €
19. Die Einrichtungskosten werden aufgebracht durch (Zutreffendes bitte ankreuzen)		
<input type="checkbox"/> das oben aufgeführte monatliche Einkommen		
<input type="checkbox"/> Zahlung* durch: _____		
<input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben) Bestand heute € : _____		
<input type="checkbox"/> Das zuständige Sozialamt** in: _____		
*) Die Drittschuldnererklärung <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt in den nächsten Tagen		
**) Beantragung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!		
20. Termin (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?):		
21. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? (Name und genaue Anschrift):		
In welcher Eigenschaft: <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> _____		
22. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:		
23. Vorhandene Hilfsmittel (Rollstuhl, Rollator usw.):		

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.
Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

Hinweis: Falsche Angaben im Antrag, insbesondere zur Vermögenslage, können zur fristlosen Kündigung des Wohn- und Betreuungsvertrages führen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,
auch Unterschrift des Aufzunehmenden:
