

Anmeldung zur Heimaufnahme

Kurzzeitpflege

Verhinderungspflege

Vollstationäre Pflege

Von / bis: _____ Ab: _____

WB: ___ Zi. _____

| |
|--|
| Name / Vorname: |
| Geburtsname: |
| Straße / Nr.: |
| PLZ / Ort: |
| Geburtsdaten geboren am: in: |
| Familienstand: |
| Konfession: |
| Staatsangehörigkeit: |

| |
|---|
| Hausarzt: |
| Pflegekasse: Versicherungs-Nr: |
| Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pflegegrad wurde beantragt |

Ansprechpartner 1

| |
|---|
| Name, Vorname: geboren am: |
| Straße / Nr.: |
| PLZ / Ort: |
| Telefon / Handy: |
| E-mail: |
| Verwandtschaftsverhältnis: |

Ansprechpartner 2

| |
|----------------------------|
| Name, Vorname: |
| Straße / Nr.: |
| PLZ / Ort: |
| Telefon / Handy: |
| Verwandtschaftsverhältnis: |

Betreuung von Amts wegen oder Vollmacht (bitte Kopie beifügen)

| |
|-----------------|
| Name / Vorname: |
|-----------------|

Patientenverfügung* liegt vor (bitte Kopie beifügen) liegt nicht vor

Die Heimkosten werden getragen durch (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Monatliches Einkommen (z.B. Rente) / Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)

Beihilfeberechtigt

Es wird ein Kostenübernahmeantrag beim zuständigen Sozialamt gestellt

Ort / Datum

Unterschrift