

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