



**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:		
Raucher:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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