

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Nur zusammen mit dem vom
Arzt ausgefüllten Fragebogen
einsenden)

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

1. Zuname (bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)

2. Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen)

3. Wohnung (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)

(Postleitzahl)

(Wohnort, Gemeinde)

(Straße, Hausnummer)

(bei wem ?)bei:

4. Nebenwohnung (Mit zweitem Wohnsitz
polizeilich gemeldet)

(Postleitzahl)

(Wohnort, Gemeinde)

Straße und Hausnummer:

5. Derzeitiger Aufenthalt

(Postleitzahl)

(Wohnort, Gemeinde)

Straße und Hausnummer:

bei wem? bei

6. Zur Zeit in welchem Krankenhaus,

welcher Pflegeeinrichtung o.ä.?

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Aufnahmetag:

Aufnahmegrund:

7. Geburtsdaten (Beim Geburtsort Kreis und ggf am: in:
auch Land/Staat mit angeben)

8. Familienstand:

9. Konfession:

10. Staatsangehörigkeit:

11. Beruf

erlernter Beruf:

zuletzt ausgeübter:

12. Beruf des Ehemannes (bei Frauen)

13. Kinder (bei mehreren Ehen getrennte Angaben) Volljährige: Minderjährige: verstorbene:

14. Angehörige

a)

(wie verwandt ?)

(Vor-und Zuname)

(Postleitzahl)

(Wohnort, Gemeinde)

(Straße, Hausnummer)

(Telefon)

b)

(wie verwandt ?)

(Vor- und Zuname)

(Postleitzahl)

(Wohnort, Gemeinde)

(Straße, Hausnummer)

(Telefon)

c)

(wie verwandt ?)

(Vor-und Zuname)

(Postleitzahl)

(Wohnort, Gemeinde)

(Straße, Hausnummer)

(Telefon)

(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben)

15. Betreuer (Name und genaue Anschrift):

Bitte wenden

16. Krankenkasse (oder sonstige Kostenverträge für Arzt , Arznei usw.)

17. Versicherungsverhältnis(z.B.Rentner,freiwillige Mitglieder, Familienhilfe)

18. Mitglieds-Nr. der Krankenkasse oder Aktenzeichen des Behandlungskostenträgers

19. Wer bezahlt die Beiträge?

20. Name des Hausarztes

Dr. _____

Anschrift: _____

21 . Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag €

22. Kostenträger(Zutreffende Zeilen bitte ankreuzen X). Die Heimkosten werden aufgebracht durch das oben angeführte monatliche Einkommen:

Zuzahlung aus Barvermögen(Sparbuch, Bankguthaben) Bestand heute :DM **

Zuzahlungen* von _____

das zuständige Sozialamt * in _____

* Die Kostenverpflichtungserklärung - liegt bei - folgt in den nächsten Tagen - muß noch beantragt werden - ist beantragt am _____

** Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!

23. Gewünschte Unterbringung (Zutreffende Zeilen bitte ankreuzen X) **24. Termin** (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)

Doppelzimmer
im Souterrain
im Erdgeschoss
im Obergeschoss

im Dachgeschoss

25. Diät notwendig?

welche, warum

26. Frühere Unterbringung (in einem Heim oder ähnlicher Einrichtung. Wo? Wann? Aus welchem Grund dort ausgeschieden?)

28. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?Name und genaue Anschrift:

_____ in welcher
Eigenschaft? _____

29. Pflegestufe

30. Wer erhält Rechnung?

31. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen

gewünschtes Bestattungsunternehmen: _____

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

_____ 20

Unterschrift des Antragstellers: _____

Wenn nicht Personengleich, auch Unterschrift des Aufzunehmenden: _____

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.