

## Anmeldung zur Heimaufnahme ( ) Kurzzeitpflege ( )

Bitte alle Fragen vollständig beantworten.	
1. <b>Name:</b> _____	
2. <b>Vorname(n):</b> (Rufnamen bitte unterstreichen) _____	
3. <b>Geburtsname:</b> _____	
4. <b>Geburtsdatum:</b> <b>Kreis:</b>	<b>Ort:</b> <b>Land:</b>
5. <b>Familienstand:</b>	6. <b>Konfession:</b>
7. <b>Staatsangehörigkeit:</b> _____	
8. <b>Wohnung:</b> (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnsitz, Gemeinde, Kreis) _____ (Straße und Hausnummer) _____ (Telefon)
9. <b>Zurzeit im Krankenhaus oder Altenheim?</b>	_____ (Name des Krankenhauses oder des Heims) _____ (Anschrift des Krankenhauses oder des Heims)
10. <b>Angehörige:</b>	
a) _____ (Verwandtschaftsgrad)	_____ (Vor- und Zuname) _____ (Postleitzahl) _____ (Wohnort, Gemeinde) _____ (Straße, Hausnummer, Telefon?)
b) _____ (Verwandtschaftsgrad)	_____ (Vor- und Zuname) _____ (Postleitzahl) _____ (Wohnort, Gemeinde) _____ (Straße, Hausnummer, Telefon?)
c) _____ (Verwandtschaftsgrad)	_____ (Vor- und Zuname) _____ (Postleitzahl) _____ (Wohnort, Gemeinde) _____ (Straße, Hausnummer, Telefon?)
(Falls es keine Angehörigen gibt, bitte eine andere Vertrauensperson angeben!)	
11. <b>Liegt eine a) Betreuung/ Vorsorgevollmacht vor?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>b) Patientenverfügung?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Bitte Kopie der Bestellungsurkunde oder Vollmacht beilegen</b>	

<b>12. Name und Anschrift der Krankenkasse:</b>														
<b>13. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:</b>	<b>Vers. Karte liegt vor:</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>													
<b>14. Pflegegrad</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<b>beantragt am:</b>													
<b>15. Zuzahlungsbefreit:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Befreiungsausweis liegt vor</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein													
<b>16. Name des Hausarztes:</b> <b>Anschrift / Telefon:</b> _____														
<b>Ärztlicher Fragebogen ausgefüllt und beigelegt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein														
<b>17. Vermögenssituation:</b>														
<table border="1"><thead><tr><th>Art des Einkommens (z.B. Rente)</th><th>Zahlende Stelle</th><th>Betrag in Euro</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro											
Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro												
<b>18. Die Kosten werden aufgebracht durch:</b> <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> das vorstehend aufgeführte Einkommen <input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen <input type="checkbox"/> Anteilig durch Sozialamt Antrag wurde beim zuständigen Sozialamt in _____ gestellt <b>Wichtig: Der Antrag auf Leistungen beim Sozialamt ist unbedingt vor Heimaufnahme zu stellen</b>														
<b>19. Gewünschte Wohnform:</b> <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer														
<b>20. Einzugsstermin bei vollstationärer Pflege:</b>														
<b>21. Gewünschter Aufenthaltszeitraum bei Kurzzeitpflege: vom:</b> _____ <b>bis:</b> _____														
<b>22. Datum, Unterschrift des Antragstellers:</b>														
<b>23. Sonstiges:</b>														