

Anmeldung zur Heimaufnahme () Kurzzeitpflege ()

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

12. Name und Anschrift der Krankenkasse:														
13. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:	Vers. Karte liegt vor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>													
14. Pflegegrad <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	beantragt am:													
15. Zuzahlungsbefreit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Befreiungsausweis liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein													
16. Name des Hausarztes: Anschrift / Telefon: _____														
Ärztlicher Fragebogen ausgefüllt und beigelegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein														
17. Vermögenssituation:														
<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												
18. Die Kosten werden aufgebracht durch: <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 Wichtig: Der Antrag auf Leistungen beim Sozialamt ist unbedingt vor Heimaufnahme zu stellen														
19. Gewünschte Wohnform: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer														
20. Einzugsstermin bei vollstationärer Pflege:														
21. Gewünschter Aufenthaltszeitraum bei Kurzzeitpflege: vom: _____ bis: _____														
22. Datum, Unterschrift des Antragstellers:														
23. Sonstiges:														