



Anmeldung zur Heimaufnahme Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!

1. Name/ Geburtsname		
2. Vorname		
3. Ständiger Wohnort	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> anderes Pflegeheim (vollstationär)	
	Postleitzahl: Wohnort, Landkreis/ Bundesland:	
	Straße, Hausnummer:	
4. Abweichender Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung	
	Postleitzahl: Ort:	
	Straße, Hausnummer:	
5. Geburtsdatum, -ort	am:	in:
6. Familienstand	7. Konfession	8. Staatsangehörigkeit
9. Beruf	Erlerner Beruf:	Zuletzt ausgeübter:
10. Pflegestufe:	stationär, Stufe:	häuslich, Stufe: stationär beantragt?
11. Angehörige/Kinder: Wie verwandt? a)	Vor- und Zuname: Telefon:	
	Postleitzahl: Wohnort: Strasse, Hausnummer:	
Wie verwandt? b)	Vor- und Zuname: Telefon:	
	Postleitzahl: Wohnort: Strasse, Hausnummer:	
Wie verwandt? c)	Vor- und Zuname: Telefon:	
	Postleitzahl: Wohnort: Strasse, Hausnummer:	
12. gerichtlich bestellter Betreuer	Vor- und Zuname: Telefon:	
	Postleitzahl: Wohnort: Strasse, Hausnummer:	
13. Bestellt durch Amtsgericht:		
14. Krankenkasse (Pflegekasse)	vollständiger Name:	
	Postleitzahl: Wohnort: Strasse, Hausnummer:	
15. Versichertennummer der Krankenkasse:		
16. Beamtenrechtl. oder vergleichbarer Beihilfeanspruch	(Bezeichnung der Beihilfestelle)	
17. Hausarzt	Name:	
	Ort::	Strasse, Hausnummer: Telefon:

18. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)		
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag €
19. Kostenträger (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Die Heimkosten werden aufgebracht durch:	
<input type="checkbox"/> Das oben angeführte monatliche Einkommen.	<input type="checkbox"/> Zahlung * durch:	
<input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben) Bestand heute € **:	<input type="checkbox"/> Das zuständige Sozialamt * in:	
*) Die Kostenverpflichtungserklärung – liegt bei- folgt in den nächsten Tagen – ist beantragt am:		
**) Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist !		
20. Gewünschte Unterbringung:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
21. Termin?	(für wann wird die Aufnahme gewünscht?)	
22. Diät notwendig ?	welche? warum?	
23. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?		
24. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden ? Name und genaue Anschrift:		
In welcher Eigenschaft:		
25. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:		

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.
Hinweis: Falsche Angaben im Antrag, insbesondere zur Vermögenslage, führen zur fristlosen Kündigung des Heimaufnahmeantrages.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers:

Wenn nicht Personengleichheit ,
auch Unterschrift des Aufzunehmenden:
