

# Anmeldung zur Heimaufnahme



## Art der Anmeldung

- dringend
- Kurzzeitpflege
- Kurzzeitpflege mit anschließender vollstationären Pflege
- vorsorglich
- vollstationäre Pflege

## Gewünschte Unterbringung

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

## Personenbezogene Daten

|                |       |                      |       |
|----------------|-------|----------------------|-------|
| Name:          | _____ | Vorname(n):          | _____ |
| Geburtsdatum:  | _____ | Geburtsort:          | _____ |
| Familienstand: | _____ | Geburtsname:         | _____ |
| Adresse:       | _____ |                      |       |
| Telefon:       | _____ | Mobil:               | _____ |
| Konfession:    | _____ | Staatsangehörigkeit: | _____ |
| Krankenkasse:  | _____ | Versichertennummer:  | _____ |

## Pflegegrad

- 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - ohne Pflegegrad
- Eingradung / Höhergradung beantragt

## Derzeitiger Aufenthalt (ggf. mit Name und Anschrift)

- Wohnung
- Krankenhaus \_\_\_\_\_
- Senioreneinrichtung \_\_\_\_\_
- Kurzzeitpflegeplatz \_\_\_\_\_

## Vollmachten/ Verfügungen (Zutreffendes bitte ankreuzen und in der Einrichtung hinterlegen!)

- Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung
- gesetzliche Betreuung
- beantragt

## Finanzierung

- Renten     Höhe €: \_\_\_\_\_     Höhe €: \_\_\_\_\_     Höhe €: \_\_\_\_\_
- Eigenmittel / Barvermögen (*Sparbuch, Bankguthaben etc.*)
- das zuständige Amt für Soziales und Wohnen (*bei unzureichender Kostendeckung*)
- Rechnungsversand per E-Mail gewünscht    E-Mail: \_\_\_\_\_

## Angehörige / Kontaktpersonen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Verwandtheitsgrad: \_\_\_\_\_

- Bevollmächtigter                       Rechnungsempfänger                       Betreuer

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Verwandtheitsgrad: \_\_\_\_\_

- Bevollmächtigter                       Rechnungsempfänger                       Betreuer

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Verwandtheitsgrad: \_\_\_\_\_

- Bevollmächtigter                       Rechnungsempfänger                       Betreuer

## Derzeitiger Hausarzt (Angabe bitte mit Adresse und Telefonnummer)

---

**Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle o.g. Angaben den Tatsachen entsprechen.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_