



1. ANMELDUNG

Aufnahme soll erfolgen
ab: _____
bis: _____

zur vollstationäre Pflege im Einzelzimmer
 zur Kurzzeitpflege im Doppelzimmer
 zur Tagespflege am Di Mi Do Fr

2. PERSÖNLICHE DATEN

Name _____ Vorname _____ Geburtsname _____
Geb.Datum _____ Geb.Ort _____
Anschrift Straße _____ PLZ _____ Ort _____
Telefon _____ Staatsangeh. _____ Familienstand _____
Früherer Beruf _____ Konfession _____ Körpergröße _____ cm

3. ANGEHÖRIGE, BETREUUNG, VOLLMACHT

1 Name _____ Vorname _____ verwandt _____
Anschrift Straße _____ PLZ _____ Ort _____
Tel. _____ Mobil _____ E-Mail _____
 Betreuung liegt vor Vollmacht ist erteilt

2 Name _____ Vorname _____ verwandt _____
Anschrift Straße _____ PLZ _____ Ort _____
Tel. _____ Mobil _____ E-Mail _____
 Betreuung liegt vor Vollmacht ist erteilt

3 Name _____ Vorname _____ verwandt _____
Anschrift Straße _____ PLZ _____ Ort _____
Tel. _____ Mobil _____ E-Mail _____
 Betreuung liegt vor Vollmacht ist erteilt

4. ÄRZTE

Hausarzt _____ Telefon _____
Augenarzt _____ Telefon _____
Zahnarzt _____ Telefon _____

5. KRANKEN-/PFLEGEVERSICHERUNG

- Kranken-/Pflegekasse Vers.Nr.
- Ich erhalte bereits Leistungen der Pflegeversicherung
und zwar der Pflegestufe I II III
- Ein Antrag auf Einstufung wurde gestellt am
- Ich bin beihilfeberechtigt über

6. HEIMKOSTEN

Die Heimkosten werden wie folgt bezahlt

- selbst Pflegeversicherung Sozialamt
- Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt wurde gestellt am

7. REGELUNG TODESFALL / NACHLASS

- Ich habe ein Testament verfasst Es existiert ein Erbvertrag
aufbewahrt bei
- Meinen Nachlass regelt
- Die Auflösung des Zimmers wird erledigt von
- Eine Grabstätte ist vorhanden, und zwar,
- Bei meinem Ableben sollen benachrichtigt werden
-

8. Folgende Unterlagen möglichst vor Heimaufnahme vorlegen (soweit zutreffend)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse Versicherungskarte | <input type="checkbox"/> Patientenverfügung |
| <input type="checkbox"/> Einstufungsbescheid Pflegeversich. | <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis |
| <input type="checkbox"/> Betreuerausweis / Vollmacht | <input type="checkbox"/> Ärztliche Beurteilung |
| <input type="checkbox"/> Kopie Personalausweis | <input type="checkbox"/> An-/ Ummeldung beim Einwohnermeldeamt |
| <input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung Krankenversich. (jährlich neu vorlegen) | |

Ort, Datum

Unterschrift der Bewerberin/ des Bewerbers
der Betreuerin / des Betreuers