

Anmeldung zur Heimaufnahme

Anfrage vom: _____

Infomappe: ja nein

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Geburtsname: _____	Familienstand: _____
Anschrift: _____ _____	
Konfession: _____	Staatsangehörigkeit: _____
Krankenkasse: _____	Versicherungs-Nr.: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 es liegt kein PG vor Ein-/Höherstufung beantragt am: _____

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Facharzt: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Facharzt: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Bestattungsunternehmen: _____

Betreuungs-/VorsorgevollmachtLiegt Vorsorgevollmacht vor? ja neinLiegt Patientenverfügung vor? ja neinLiegt eine Betreuung vor? ja nein beantragt seit: _____**Betreuer/in/Bevollmächtigte/r:**

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon / e-Mail: _____

Gewünschter Zeitpunkt der Aufnahme ab: _____

Einzugstermin: _____ WB: _____ Zimmer: _____

Angehörige

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Anschrift: _____

Telefon privat/dienstlich: _____

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Anschrift: _____

Telefon privat/dienstlich: _____

Kostenabrechnung

Kostenübernahme: Selbstzahler/in

Sozialamt Anschrift: _____

Aktenzeichen: _____

Zuzahlungsbefreit: ja nein

Fahrtkostenbefreit: ja nein

Derzeitiger Aufenthaltsort

Anschrift: _____

Zimmerwunsch

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Egal

Diagnosen:

Datum: _____

Unterschrift Bewohner/in/
Angehörige/r/Betreuer/in