

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

### Derzeitiger Wohnsitz:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

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

### Derzeitiger Aufenthalt:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Liegt eine Pflegebedürftigkeit vor?  ja  nein

Einstufung:  Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5

Name der Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Gewünschter Aufnahmetag: \_\_\_\_\_ dringend \_\_\_\_\_ zum \_\_\_\_\_

Aufnahme wird gewünscht für:  Vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege bis \_\_\_\_\_

### Angehörige / Betreuer

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Bezug zum Interessenten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Bezug zum Interessenten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Behandelnder Arzt:**

---

Anschrift:

---

Telefon:

Telefax:

---

**Kosten für Heimaufenthalt werden aufgebracht durch**

Rente / Pension in Höhe von

Vermögen

Sozialamt

---

Sonstige Einkünfte in Höhe von

---

**Warum wird ein Heimaufenthalt angestrebt?**

---

  

---

**Wichtig für den Heimvertrag**

Wer soll im Falle des Versterbens informiert werden?

---

  

---

Wem sollen nach dem Ableben die eingebrachten Sachen ohne Rücksicht auf deren erbrechtliche Legitimation ausgehändigt werden.

---

  

---

**Sonstige Bemerkungen:**

---

  

---

**Bitte Beifügen:**

Bescheid Pflegeversicherung

Vorsorgevollmacht/Betreuungsvollmacht

Bei Heimaufnahme auch das ärztliche Attest

**Datum:**

**Unterschrift:**