

07381 Pößneck

Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.	
1. Zuname: (Familiename, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)	
2. Vorname(n): (Rufname bitte unterstreichen)	
3. Wohnung: (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnsitz, Gemeinde) _____ (Straße und Hausnummer)
4. Nebenwohnung: (Mit zweitem Wohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnsitz, Gemeinde) _____ (Straße und Hausnummer)
5. Zur Zeit in welchem Krankenhaus oder Heim?	_____ (Name des Krankenhauses oder des Heims) _____ (Anschrift des Krankenhauses oder des Heims) Annahmetag: Aufnahmegrund:
6. Geburtsdaten: (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben)	am: _____ in: _____
7. Familienstand:	8. Konfession:
9. Staatsangehörigkeit:	
10. Angehörige:	
a) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname) _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer, Telefon)
b) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname) _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer, Telefon)
c) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname) _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer, Telefon)
(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)	

07381 Pößneck

11. Betreuer: (Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht muss Bei Anmeldung vorliegen)			_____	
			(Vor- und Zuname)	

			(Anschrift, Telefonnummer)	
12. Betrifft Kurzzeitpflege: Antrag zur Kurzzeitpflege bei Krankenkasse gestellt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13. Krankenkasse:				
14. Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welchen?		

Falls Pflegegrad noch nicht vorhanden ist:				
Ist ein Antrag auf eine Pflege gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Kopie vom Antrag bitte vorlegen)				
Oder				
Besteht eine bestätigte Pflegebedürftigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Kopie der Bestätigung bitte vorlegen)				
15. Versicherungsverhältnis: (gesetzlich / privat)				
16. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:				
17. Zuzahlungsbefreit:		bei Arzneimitteln:		
		bei Kuren, Transporten, Physiotherapie:		
18. Name des Hausarztes:		Dr.:		
		Anschrift:		
Diät notwendig? (wenn ja, welche)				
19. Monatliches Einkommen: (nach heutigem Stand)				
Art des Einkommens (z.B. Rente)			Zahlende Stelle	Betrag in Euro
20. Gewünschte Unterbringung: (Zutreffende bitte ankreuzen)				
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer				
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer				
<input type="checkbox"/> im Erdgeschoss				
21. Termin: (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)				

07381 Pößneck

22. Frühere Unterbringung: (In einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung. Wo? Wann?
Aus welchem Grunde dort ausgeschieden?)

23. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?

24. Wer stellt diesen Antrag für den
Aufzunehmenden?

(Vor- und Zuname)

(Straße und Hausnummer)

(In welcher Eigenschaft?)

25. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Datum:

Unterschrift des Antragstellers:

Wenn nicht Personengleichheit, auch
Unterschrift des Aufzunehmenden:

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.

Für Vermerke des Heims: