

---

# Anmeldung zur Heimaufnahme

---

(Nur zusammen mit dem ärztl. Fragebogen zurücksenden)

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

Vorname(n): \_\_\_\_\_

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

Bisher gemeldete Hauptwohnung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt (z.B. KH): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Letzte Eheschließung: am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ zuletzt ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Kinder: Volljährig \_\_\_\_ Minderj. \_\_\_\_ Verstorben \_\_\_\_

Angehörige: wie verwandt (Vor- und Zuname, Anschrift, Tel.-Nr.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name des Betreuers: \_\_\_\_\_

Genaue Anschrift und Tel. Nr.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Liegt eine Betreuungsvollmacht vor: ja  nein

Liegt eine Patientenverfügung vor: ja  nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Genaue Anschrift und Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiung: ja  nein  beantragt

Name, Anschrift und Tel.-Nr. des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Werden die Kosten vom Bewohner getragen: ja  nein   
(evtl. Rentenbescheid beilegen)

Wurde bereits eine Kostenübernahme beantragt: ja  nein

Liegt ein Pflegegrad vor: ja  Grad \_\_\_\_\_ nein  beantragt   
(Bescheid beilegen)

Gewünschte Unterbringung:

Einzelzimmer             Doppelzimmer

Termin: \_\_\_\_\_

Grund der Heimaufnahme: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_