



# Anmeldung zur Heimaufnahme

Wir bitten Sie um vollständige Angaben:

Dauerpflege

Kurzzeitpflege  von: ..... bis: .....

1. Zuname: .....

Geburtsname: .....

Vorname: .....  
(bei mehreren Vornamen den Rufnamen bitte unterstreichen)

2. Wohnung: .....  
Postleitzahl Ort, Kreis

.....  
Straße, Hausnummer

3. Zurzeit im Krankenhaus?  Ja  Nein

.....  
Name des Krankenhauses

Zurzeit oder vor Einzug bei uns „vollstationär“ in einer anderen Einrichtung gewesen:

Ja  Nein wenn ja, seit wann? .....  
genaues Aufnahmedatum in der vorherigen Einrichtung

Ist eine Pflegeplatzvermittlung involviert?  Ja  Nein

wenn ja, welche .....  
Name der Vermittlung

## 4. Für unsere Einrichtung:

Aufnahmetag: ..... Aufnahmegrund: .....

5. Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....  
(TTMMJJJJ)

6. Familienstand: ..... seit wann: .....  
(TTMMJJJJ)

7. Konfession: ..... Nationalität: .....



# Anmeldung zur Heimaufnahme

10. Betreuer, Vor- und Zuname: .....

.....  
Postleitzahl, Wohnort                      Straße, Hausnummer, Telefon

E-Mail: .....

Gesetzl. Betreuung                       Vorsorgevollmacht

Sonstiges: .....

11. Rentenausweisnummer: .....

12. Personalausweisnummer: .....

13. Pflegekasse, Anschrift: .....

14. Mitgliedsnummer der Krankenkasse: .....

15. Versicherungsverhältnis:      gesetzlich                       privat

16. Pflegegrad:  Ja       Nein       beantragt      Wenn ja, welcher .....

17. Kostenträger außer der Pflegekasse:

Selbstzahler                       Sozialhilfe

18. Name des Hausarztes: .....

.....  
Postleitzahl, Wohnort                      Straße, Hausnummer, Telefon

Telefon: .....                      Fax: .....

19. Gewünschte Unterbringung:

Einzelzimmer                       Doppelzimmer                       Mehrbettzimmer

20. Termin: (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?).....

21. Diät?       Ja       Nein      Wenn ja, welche, evtl. Sondenernährung?

# Anmeldung zur Heimaufnahme

23. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen (z.B. Fixierung, Weglaufgefährdung, etc.)

.....  
.....

24. Gibt es eine Bestattungsvorsorge?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte Name und Anschrift des Bestattungsunternehmens angeben

.....  
.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit, auch  
Unterschrift des Aufzunehmenden