

Anmeldung zur Heimaufnahme

Kurzzeit ☐ Stationär ☐ sofort ☐ vorsorglich ☐

Name / Vorname (ggf. Geburtsname):

Anschrift:

Geburtsdatum: in:

Familienstand: Konfession: Staatsangehörigkeit:

Pflegegrad

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ keinen ☐ seit:

Kranken-/Pflegekasse: Höherstufung beantragt?

Befreiungsausweis ja ☐ nein ☐ Schwerbehindertenausweis ja ☐ nein ☐

Patientenverfügung ja ☐ nein ☐ Vorsorgevollmacht ja ☐ nein ☐

Hausarzt: andere behandelnde Ärzte:

Diagnosen/Befunde/Besonderheiten:

.....

Kostenübernahme (nur bei stationärer Pflege) Selbstzahler ja ☐ nein ☐

Antrag auf Pflegegeld ja ☐ nein ☐ Antrag Hilfe zur Pflege ja ☐ nein ☐

1. Ansprechpartner/in:

Name, Vorname: Verhältnis:

Anschrift:

Telefon: E-Mail:

Vertretungsberechtigte Person ja ☐ nein ☐

Vorsorgevollmacht

Ja ☐ Nein ☐

Betreuungsurkunde

Ja ☐ Nein ☐

Patientenverfügung

Ja ☐ Nein ☐

2. Ansprechpartner/in:

Name, Vorname: Verhältnis:

Anschrift:

Telefon: E-Mail:

Vertretungsberechtigte Person ja ☐ nein ☐

Vorsorgevollmacht

Ja ☐ Nein ☐

Betreuungsurkunde

Ja ☐ Nein ☐

Patientenverfügung

Ja ☐ Nein ☐

Anmerkungen:

Diese Anmeldung ist verbindlich / Alle Datenschutzbestimmungen werden eingehalten

Datum der Anmeldung: Hdz. Mitarbeiter/in:

(wird von der Einrichtung ausgefüllt)