

## ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und leserlich aus.

Zu Ihrer Person:

Zuname:	Geburtsname:
Vorname:	
Anschrift:	
Telefon / Mobil:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Familienstand:	Konfession:
Staatsangehörigkeit:	Früherer Beruf:

Derzeitiger Aufenthaltsort (Wohnung, Krankenhaus, Rehabilitation, Heim):


Angehörige oder nahestehende Bezugspersonen:

Name, Anschrift, Telefon	Beziehungsgrad

Amtlicher Betreuer  Bevollmächtigter  (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Name:	Telefon:
Anschrift:	

Krankenversicherung:

Krankenkasse:	Versicherungsnummer:
---------------	----------------------

Befreiung von Rezeptgebühren:  ja  nein  beantragt      Pflegegrad:

Hausarzt:

Name:	Telefon:
Anschrift:	

Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand):

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag (Euro)

Die Kosten werden aufgebracht durch (zutreffende Zeilen bitte ankreuzen):

das oben aufgeführte Einkommen       Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben, sonstige Einkünfte)

Zahlungen von \_\_\_\_\_  
(z.B. Kriegsopferfürsorge, Beamtenkasse u.a.)

das zuständige Sozialamt: \_\_\_\_\_

Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_  
(Der Antrag sollte vor Heimaufnahme gestellt sein.)

Gewünschte Unterbringung (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Pflegebereich:	Betreutes Wohnen
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> 1-Raum-Appartement <input type="checkbox"/> 2-Raum-Appartement

Gewünschter Aufnahmeterrmin: \_\_\_\_\_

Ist eine Diät notwendig? (Welche Diät? Warum?)  
\_\_\_\_\_

Aus welchen Gründen wird eine Heimaufnahme gewünscht?  
\_\_\_\_\_

Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden?

Name:	Telefon:
Anschrift:	

Ergänzende Hinweise:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Aufzunehmenden

Datum, Unterschrift des Antragstellers