

Anmeldung zur Heimaufnahme

Persönliche Stammdaten (des potentiellen Nutzers)	
Name:	Geburtsname:
Vorname:	Staatsangehörigkeit:
Geburtsdatum:	Geb. Ort:
Konfession:	Fam. Stand:
Adresse: Straße: PLZ/ Ort: Tel./mobil:	
Derzeitiger Aufenthalt	
Krankenhaus <input type="radio"/> Reha-Klinik <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> siehe oben <input type="radio"/>	
Adresse Straße: PLZ/ Ort: Tel./mobil:	
Krankenkasse	
Adresse Straße: PLZ/ Ort: Tel./Fax/mobil:	
Zuzahlungsbefreit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Gesetzlich: <input type="radio"/>	
Privat: <input type="radio"/>	
Vers.nr.: _____	
Grad der Pflegebedürftigkeit	
Bei Vorliegen eines Pflegegrades bitte Kopien der Bescheide übersenden.	
Pflegeeinstufung erfolgt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Datum: _____	
Antrag auf Höherstufung gestellt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Datum: _____	
MDK Besuch erfolgt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Datum: _____	
Pflegegrad: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	

Hausarzt	Facharzt
Name:	Name:
Straße:	Straße:
PLZ/ Ort:	PLZ/ Ort:
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	E-Mail:
Fax:	Fax:
1.Nächste Angehörige/Bezugspersonen:	
Name:	Vorname:
Adresse Straße: PLZ/ Ort: Tel./mobil E-Mail:	
Erreichbarkeit:	Verwandtschaftsgrad:
2.Nächste Angehörige/Bezugspersonen (optional):	
Name:	Vorname:
Adresse Straße: PLZ/ Ort: Tel./mobil E-Mail:	
Erreichbarkeit:	Verwandtschaftsgrad:
Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Wenn ja, wer ist benannt:	
Angaben zur Betreuung	
Liegt eine gesetzliche Betreuung vor? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/>	
Name, Vorname: Straße: PLZ/ Ort: Tel./ mobil: E-Mail:	

Betreuungsbereiche: <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> alle Angelegenheiten	Liegt ein gerichtlicher Fixierungsbeschluss vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für: <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Therapiestuhl <input type="checkbox"/> Bauchgurt <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ Aktenzeichen:
---	--

Angaben zur finanziellen Situation			
1. Rente	€	wird gezahlt von:	Renten-Nr.:
2. Rente	€	wird gezahlt von:	Renten-Nr.:
3. Rente	€	wird gezahlt von:	Renten-Nr.:
4. Rente	€	wird gezahlt von:	Renten-Nr.:
5. Rente	€	wird gezahlt von:	Renten-Nr.:
Ersparnisse in Höhe von ca. _____ €			
Anderes Vermögen: <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Mieteinnahmen <input type="checkbox"/> Zinsen <input type="checkbox"/> Pacht			
Die Heimkosten werden selbst bezahlt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wurde aufgrund der Heimkosten beim Sozialamt ein Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Adresse Sozialamt			
Straße:			
PLZ/ Ort:			
Telefon:			
Sachbearbeiter/in:			
Wünsche zum Einzug			
Angaben zum Zimmer:			
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer			
Gewünschter Einzugstermin: _____			

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers/ ges. Vertreters

Freigabe:	Geprüft :	Bearbeitet:	Änderungsstatus:	Datum:	Seite 3
R. Krause/ EL	A. van Koeverden/ PDI	T. Mongs/ Verwaltung	2	01.04.2023	von 3