



Anmeldung zur Heimaufnahme

Name, Vorname _____ Geburtsname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Geburtsdatum/-Ort _____

Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

Gegenwärtiger Aufenthalt

Krankenhaus/Altenheim etc.

Name der Institution _____ Station _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Aufnahmetag _____ Aufnahmegrund _____

Ansprechpartner

1. Name, Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ dienstlich _____ Handy _____

2. Name, Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ dienstlich _____ Handy _____

3. Gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in) nach § 1896 BGB ja nein

Name, Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon dienstlich _____ Telefon privat _____

Hausarzt

Name _____ Telefon _____

Konsiliararzt

Name _____ Telefon _____

Krankenkasse

Krankenkasse _____ Vers.Nr. _____

Einstufung der Pflegekasse in der Stufe _____ liegt vor ist beantragt

Höherstufung der Pflegestufe ist beantragt ja nein

Befreit für das Jahr 20 ja nein

Einkommen

Summe der Renten und sonstiges Einkommen monatlich _____

Wünsche

Einzelzimmer Doppelzimmer Einzel- oder Doppelzimmer

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/
des gerichtlich bestellten Betreuers