



Anmeldeformular

Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß ausfüllen
-Vielen Dank für Ihre Mithilfe-

O zur stationären Heimaufnahme

O zur Kurzzeitpflege

Gewünschter Einzugstermin: _____

Name und Vorname(n) des Bewohners:	
Geburtsdatum und Ort:	
Hauptwohnsitz: Straße: PLZ: Telefonnummer:	
derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend: (Krankenhaus, Heim) Name und Anschrift	
Familienstand/ Konfession	
Letzte Eheschließung:	am: _____ in: _____
Staatsangehörigkeit:	
Erlerner Beruf/ Zuletzt ausgeübter Beruf:	
Beruf des Ehepartners:	
Kinder mit Anzahl:	
Angehörige:	Wie verwandt?: _____ Vor -und Zuname: _____

	Telefon: _____ Anschrift: _____
Angehörige:	Wie verwandt?: _____ Vor -und Zuname: _____
	Telefon: _____ Anschrift: _____
Gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter (bestellt durch Amtsgericht) Name: Anschrift: Telefon: Bitte Betreuungsausweis in Kopie beilegen	

Krankenkasse mit Ortsangabe:	
Versicherungsverhältnis: (gesetzlich / privat)	
Mitgliedsnummer/ Versicherungsnummer	
Beihilfeberechtigt:	Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Zu welchem Prozentsatz: _____ Bezugsstelle: _____
Befreit von Zuzahlungen von Rezeptgebühren?	Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Monatliches Einkommen:	
-------------------------------	--

	<p>_____ €</p> <p>Art des Einkommens: Betrag:</p>
	<p>_____ €</p> <p>Art des Einkommens: Betrag:</p>
	<p>_____ €</p> <p>Art des Einkommens: Betrag:</p>
Gewünschte Wohneinheit:	<p><input type="radio"/> Einzelzimmer</p> <p><input type="radio"/> Doppelzimmer</p>
Mitgebrachte Wertgegenstände:	
Mitgebrachtes Bargeld:	€ _____
Wer verwahrt das Geld:	<input type="radio"/> Bewohner <input type="radio"/> Verwaltung des Heimes <input type="radio"/>
Wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen:	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>beantragt am: _____</p>
Zuständiges Sozialamt:	
Straße PLZ/Ort	
Pflegestufe:	
(bitte Bescheid in Kopie beifügen)	<p><input type="radio"/> I seit _____</p> <p><input type="radio"/> II seit _____</p> <p><input type="radio"/> III seit _____</p> <p><input type="radio"/> Keine</p> <p>Beantragt: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, am _____</p>
Welche unterbringungsähnlichen Maßnahmen/Fixierungen	

sind erforderlich?	
Wer stellt den Antrag?	
In welcher Eigenschaft?	
Verwendet der Bewohner Hilfsmittel zur Fortbewegung (Gehwagen, Rollstuhl usw.)?	Ja O nein O Nämlich: _____
Verwendet der Bewohner Hilfsmittel eine Brille oder ein Hörgerät?	Ja O nein O Nämlich: _____
Verwendet der Bewohner weitere Hilfsmittel (Toilettenstuhl, Dauerkatheder, Dekubitusmatratze usw.)?	Ja O nein O Nämlich: _____
Verwendet der Bewohner Prothesen?	Ja O nein O Nämlich: _____
Hausarzt	
Weitere Ärzte	
Allergien:	
Diät erforderlich	
Sind therapeutische Maßnahmen notwendig? (Krankengymnastik, Ergotherapie usw.)	Ja O nein O Nämlich: _____

Ort/Datum _____ **Unterschrift** _____

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich!
-Die Bestimmungen des Datenschutzes werden gewahrt-