

## ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Name \_\_\_\_\_ Vorname(n), Rufname bitte unterstreichen \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Ort (Kreis, ggf. auch Land/Staat mit angeben) \_\_\_\_\_  
Geb.-Name \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Ehepartner(in): Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Name \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

### GEGENWÄRTIGER AUFENTHALT

1. Wohnung

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
bei \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

2. Krankenhaus/Heim

Name des Krankenhauses/des Heimes \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Aufnahmetag \_\_\_\_\_ Aufnahmegrund \_\_\_\_\_

**KINDER** Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_ davon verstorben \_\_\_\_\_

### ANSPRECHPARTNER(IN)

1. Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_ Verwandte(r)/Bekannte(r) \_\_\_\_\_  
2. Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_ Verwandte(r)/Bekannte(r) \_\_\_\_\_

### GERICHTLICH BESTELLTE(R) BETREUER(IN)

Ja

Nein

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_ Verein \_\_\_\_\_  
Wirkungskreis(e) \_\_\_\_\_

Betreuung wird angeregt bzw. beantragt

Ja

Nein

Betreuung ist angeregt bzw. beantragt

Ja

Nein

### INHABER(IN) VON VOLLMACHT(EN)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Wirkungskreis(e) \_\_\_\_\_

**HAUSARZT/HAUSÄRZTIN**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**WEITERE(R) BEHANDELNDE(R) ARZT/ÄRZTIN**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**KRANKENKASSE** \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_**Einstufung** der Pflegekasse/Krankenkasse in Stufe \_\_\_\_\_**Bestätigung** der Notwendigkeit stationärer Pflege  **liegt vor**  **ist beantragt****KOSTENREGELUNG BEI HEIMAUFNAHME**

Heimplatzfinanzierung durch:

 **monatliches Einkommen** in Höhe von insgesamt \_\_\_\_\_ €Kopien der letzten Einkommensnachweise (z.B. Renten, Werksrenten, Pensionen, Versorgungsbezüge, Mieteinnahmen, Zinseinkünfte und sonstige Einnahmen) liegen bei  **Ja**  **Nein**  **Teilweise** **Leistungen** vom Versorgungsamt **Blindengeld** **Vermögen** (Bar-/Sparvermögen, Guthaben, Eigentum usw.) **Unterhaltszahlungen** **Leistungen** der Pflegekasse/Krankenkasse ( \_\_\_\_\_ €) **Kostenübernahme** ist beim zuständigen Sozialamt in \_\_\_\_\_ beantragt.\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Sozialhilfeträgers**Bankverbindung**

Institut \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

**Beratung**  **Ja**  **Nein**

durch Amt für Soziales und Wohnen, Sachgebiet Alten- und Behindertenhilfe oder Krankenhaussozialdienst

**BESONDERE WÜNSCHE**

(z.B. Heim-/Zimmerwunsch, Mitnahme von Haustieren/Möbeln)

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei/wird übersandt. Ich bin damit einverstanden, dass die Anmeldung zur Heimaufnahme und der ärztliche Fragebogen dem/den von mir gewünschten Heim/en übersandt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Heimplatzinteressent(in) oder Bevollmächtigte(r),  
gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in)