

Anmeldung zum Einzug

Bewerber/ in

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Straße: (Wohnort) _____

PLZ: _____ Ort: _____

Familienstand: _____ Datum/Ort der Eheschließung: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Erlerner Beruf: _____ Anzahl der Kinder: _____

Derzeitiger Aufenthalt

eigene Wohnung (s.o.) Krankenhaus sonstiger Aufenthalt

Name des Krankenhauses: _____ ggf. Station: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Tel.: _____

Gerichtliche Betreuung (nach § 1896 BGB) oder Bevollmächtigung

nicht notwendig ist beantragt besteht bereits ungeklärt

Name des Betreuers / des Bevollmächtigten: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Tel.: _____

Wirkungskreis der Betreuung: _____

Angehörige	1	2	3
Name:			
Vorname:			
wie verwandt?:			
Straße:			
PLZ und Ort:			
Telefon:			

Antragsteller

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Telefon: _____

Bitte wenden!!

Hausarzt / -ärztin

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Telefon: _____

Kranken- Pflegekasse

Name der Kranken- Pflegekasse: _____

Anschrift: _____

Wurde ein Antrag auf stationäre Pflegeleistungen bei der Pflegekasse gestellt? ja nein Stufe 0 Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3 ist beantragt noch nicht beantragt Höherstufung beantragt**Die Notwendigkeit der Heimaufnahme muss vor dem Einzug vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen festgestellt werden.** Die Bescheinigung liegt bei Die Bescheinigung wird umgehend nachgereicht.**Die Heimkosten werden finanziert durch** Selbstfinanzierung Ich bin beihilfeberechtigt. Renten _____ Euro Barvermögen _____ Euro Kriegsopferfürsorge Sozialhilfe, der Antrag beim zuständigen Sozialamt _____ wurde bereits gestellt wird umgehend gestellt**Im Falle von Sozialhilfebedürftigkeit: Bitte dieser Anmeldung eine Bestätigung über die Beantragung v. Sozialhilfe beifügen.****Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?****Weitere Mitteilungen und Wünsche**

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Heimplatzbewerbers
der Heimplatzbewerberin _____

wenn nicht personengleich:

Unterschrift des Antragstellers /
der Antragstellerin _____

Bitte zusammen mit dem ärztlichen Fragebogen einsenden!