

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME / KURZZEITPFLEGE

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einreichen)

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Wohnadresse: Straße _____

PLZ/Ort _____ Tel.: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: ledig

verheiratet seit - Ort der Eheschließung

verwitwet seit: _____

geschieden seit: _____

Beruf: _____

Konfession: _____ Nationalität: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____
(bitte nur, wenn vom Wohnort abweichend)

Betreuer/in: Haben Sie eine/n durch das Vormundschaftsgericht bestellte/n
Betreuer/in ?

ja nein

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

_____ Tel: _____

Ist derzeit eine Betreuung beim Vormundschaftsgericht beantragt?

ja nein

Kontaktadressen: Nennen Sie bitte - wenn möglich - zwei Kontaktadressen

1. Name, Vorname: _____

Wie verwandt oder bekannt: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

2. Name, Vorname: _____

Wie verwandt oder bekannt: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Hausarzt: Geben Sie bitte Name und Adresse Ihres Hausarztes an:

Krankenkasse: Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Anschrift: _____

Beihilfeberechtigt: nein ja

Rezeptgebührenbefreit: nein ja (Bei Einzug Ausweis vorlegen)

Kosten: Wie finanzieren Sie die Heimkosten?

Durch eigenes Einkommen/Vermögen

Wurden bereits Leistungen bei der Pflegeversicherung beantragt?

ja nein

Datum des Antrages _____

Liegt Bescheid vor ja nein

wenn ja Pflegegrad _____

Haben Sie einen Anspruch auf Beihilfe? ja nein

Durch Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge

Wurde bereits ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt?

ja nein

bei: _____ in: _____

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit
Unterschrift des Aufzunehmenden