

Anmeldung zur Heimaufnahme

Aufnahmetag:

Zimmernummer:

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme abgeben)

Vor- und Nachname: _____

geborene: _____

Adresse: Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon: _____

Rechnungsempfänger:

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon: _____

Taschengeldkonto: _____

Wäscheetiketten: _____

Pflegemittel: _____

Getränke: _____

Geburtsdaten/-ort:

Datum: _____

Ort: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Angehörige:

Name _____

Straße/PLZ/Ort _____

wie verwandt _____

Telefon: _____

Name _____

Straße/PLZ/Ort _____

wie verwandt _____

Telefon: _____

Betreuer: (nach Betreuungsrecht)

Name _____

Straße/PLZ/Ort _____

Telefon: _____

Wirkungskreis der Betreuung: _____

Hausarzt:

Name _____

Straße/PLZ/Ort _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Zuzahlungsbefreiung: _____

KV-Nr.: _____

Pflegegrad: _____

Sozialer Kostenträger: (Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?) _____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers: