

### Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen und der ärztl. Infektionsfreiheits-Bescheinigung abgeben)

<b>Vor- und Nachname:</b> _____	Aufnahmetag: _____
geborene: _____	Aufnahmenr.: _____
Straße, Hausnr., Ort: _____	Zi.-Nr: _____
Telefonnummern: _____	

**Geburtsdaten (Datum / Ort):** \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Impfungen	Covid / Datum	Influenza / Datum
<input type="radio"/> keine Impf.	<input type="radio"/> vollständig geimpft	
<b>Rechnungsempfänger:</b>		
Vor- und Nachname: _____		Wäscheetiketten: _____
Straße, Hausnr., Ort: _____		Inko-Material: _____
Telefonnummern: _____		Pflegemittel: _____
Mailadresse: _____		Getränke: _____

#### Angehörige:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr., Ort: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ Telefon/Mail: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr., Ort: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ Telefon/Mail: \_\_\_\_\_

#### Betreuer nach Betreuungsrecht:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr., Ort: \_\_\_\_\_

Wirkungskreis der Betreuung: \_\_\_\_\_ Telefon/Mail: \_\_\_\_\_

#### Hausarzt:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr., Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Versicherten-Nr:** \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreit? \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

**Sozialer Kostenträger?** (Wird Unterstützung durch das Sozialamt bezogen? Wenn ja, welches Amt?)

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_