



Formular Anmeldung zur Heimaufnahme

1. **Aufnahme:** vollstationär ab Kurzzeitpflege von bis
 Geschlossene Beschützte Altenheim/offen Zimmer-Nr. EZ DZ

2. **Persönliche Daten:**

Name: Geb.-Dat: Geb.-Ort:
 Familienstand: Konfession: Staatsangehörigkeit:
 Letzter Wohnsitz:
 Aufenthaltsort z. Zt.:
 Diagnose:

3. **Angehörige:**

Name: Verw.-Grad Tel.-Nr.:
 Anschrift:
 Name: Verw.-Grad Tel.-Nr.:
 Anschrift:

4. **Betreuer:**

Name/Anschrift:
 Tel. Nr. Mobil: Fax Nr.
 Mail:
 Wirkungskreis: Aufenthalt Unterbringung Gesundheit Post Wohnung Rechts-, Antrags- u. Behördenangelegenheiten
 Vermögen Unterbringungsbeschluss: ja, bis beantragt nein

5. **Kostenübernahme:**

Kostenträger/Anschrift:
 Sachbearbeiter(in): Tel.: Fax:
 Mail: Selbstzahler: ja, Rechnung an:

6. **Krankenkasse:**

Name/Anschrift:
 Mail: Tel. Nr. Fax-Nr.
 Versicherungsnummer:
 Leistung nach § 87b vorhanden: ja nein
 Pflegestufe: ja, Stufe nein bereits beantragt
 Befreiung Zuzahlungsleistungen: ja nein bereits beantragt

7. **Sonstiges:**

Personalausweis: ja, gültig bis nein
 Rundfunkgebühren: ja, gültig bis nein abgemeldet zum
 Schwerbehindertenausweis: ja, gültig bis Merkzeichen: nein

Hohegeiß,