

Anmeldung zur Heimaufnahme

Aufnahme – Datum:

Zimmer – Nr.:

Kurzzeitpflege ☐

beantragt ☐

Vollstationär ☐

beantragt ☐

Beihilfeanspruch ☐

1. Name, Vorname:Geborene:

2. Geburtsdatum:Geburtsort:

3. Anschrift:

4. Telefon, Handy:

5. Konfession: ☐ ev.-luth. ☐ röm.-kath. ☐ sonstige

6. Staatsangehörigkeit: Personalausweis-Nr.:

7. Familienstand: ☐ verheiratet ☐ ledig ☐ verwitwet
☐ geschieden ☐ getr. lebend ☐ Lebensgemeinschaft

Seit: Name des Ehepartners:

8. Angehörige :

a. Name: wie verwandt:

Anschrift:.....

Telefon / Handy:

Email:

b. Name: wie verwandt:

Anschrift:.....

Telefon / Handy:

Email:

c. Name: wie verwandt:

Anschrift:.....

Telefon / Handy:

Email:

9. Betreuer /-in ☐ Vollmacht ☐

Name:

Adresse:

Telefon: Handy :

10. Hausarzt:

Name: Telefon:

Adresse:

11. Krankenkasse / Pflegekasse

Name: Telefon:

Adresse:

Versicherungs-Nr.:

Rezeptgebührenbefreiung : ☐ ja ☐ nein

12. Pflegegrad: seit:

13. Kostenträger: ☐ Selbstzahler ☐ Privat ☐ Sozialhilfe

Sozialamt:

14. Beerdigungsinstitut im Falle des Todes:.....

15. Kirchliche Andachten : ☐ ja ☐ nein

16. ☐ Brille ☐ Hörgerät ☐ Gehhilfe ☐ Prothese ☐ Schmuck

17. Pflegebesonderheiten:

.....
.....
.....
.....

18. Pflegeartikel vom Haus: ☐ ja ☐ nein

19. Friseur / Fußpflege im Haus: ☐ ja ☐ nein

20. Ein Nagelpflegeset mitbringen

Ort, Datum

Unterschrift