

Anmeldung zur Heimaufnahme

Name	_____	Geburtsname	_____
Vorname	_____	Familienstand	_____
Geburtsdatum	_____	Geburtsort/Kreis	_____
Religion	_____	Staatsangehörigkeit	_____
Anschrift	_____		

Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim ? _____

Wurde vom Gericht ein Betreuer bestellt ? ja nein

ja, Name _____ Telefon _____
Anschrift _____

Angehörige:

Wie verwandt ?	_____	Wie verwandt ?	_____
Name	_____	Name	_____
Strasse	_____	Strasse	_____
Wohnort	_____	Wohnort	_____
Telefon	_____	Telefon	_____

Krankenkasse _____

Vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen begutachtet ? ja nein

ja Pflegegrad ① ② ③ ④ ⑤

Bisheriger Hausarzt Name _____

Anschrift _____ Telefon _____

Wer bezahlt die Heimkosten ? Selbstzahler und Pflegekasse oder

Sozialamt _____

wenn Sozialamt, wurde bereits ein Antrag gestellt ? ja nein

Ort, Datum _____

Unterschrift _____