Anmeldung zur Heimaufnahme

- als Dauerbewohner
 zur Verhinderungspflege

Zeitraum:

1. Persönliche Daten des Bewohners			
1.1 Vor und Zuname			Titel
1.2 Geburtsname	Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
1.3 Adresse (polizeilich gemeldet)	Straße/PLZ/Ort		
			Tel.
1.4 Familienstand	☐ verh. ☐ verw. ☐ gesch. ☐ led.		
1.5 Staatsangehörigkeit	☐ deutsch ☐ andere:		
1.6 Konfession	☐ kath. ☐ ev. ☐ andere		
1.7 Sprache	☐ deutsch ☐ sorbisch ☐ andere:		
1.8 Schwerbehinderung	Schwerbehindertenausweis liegt vor ☐ nein ☐ ja, gültig bis: Merkzeichen: GdB : 		
1.9 Krankenkasse	Name		
	Straße/PLZ/Ort		Tel.
	Mitgliedsnr.:		☐ Kassenmitglied ☐ Familienangehöriger
	Versichertenkarte gültig bis:		
	Zuzahlungsbefreiung: ☐ nein ☐ ja, gültig bis:		
	Name/Geburtsname		geb.
	Straße/PLZ/Ort		Tel.
Falls Familienangehöriger, Bitte Versichertendaten eintragen			
1.10 Pflegekasse	☐ Bisher wurde kein Antrag gestellt. Wird ein Antrag von Ihnen gestellt? ☐ ja ☐ nein 		
	☐ Es wurde ein Antrag gestellt am:		
	liegt bereits eine Einstufung vor		☐ ja ☐ nein
	Welche Pflegestufe:		☐ I ☐ II ☐ III
	Pflegehilfsmittel laut § 40 Abs.1 SGB XI Abs.2 sind beantragt		☐ ja ☐ nein
2. Angehörige oder Ansprechpartner	a) Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	wie verwandt		Tel.
	b) Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	wie verwandt		Tel.

Angehörige oder Ansprechpartner	c) Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	wie verwandt	Tel.	
3. Betreuer (gerichtlich bestellter)	Name	Tel.	
	Straße/PLZ/Ort		
3.1 Aufgabenkreis	☐ Regelung aller Angelegenheiten ☐ Vermögenssorge ☐ Personensorge (incl. Sorge für die Gesundheit /Sicherstellung der ärztlichen Heilbehandlung und der Bestimmung des Aufenthaltes) ☐ Entgegennahme und Bearbeitung der Post (Postkontrolle) ☐ Sterilisation		
4. Behandelnde Ärzte	Wird die Weiterbetreuung durch den Hausarzt gewünscht? ☐ ja ☐ nein		
Hausarzt	Name	Tel.	
		Fax	
	Straße/PLZ/Ort		
Facharzt	Name	Tel.	
		Fax	
	Straße/PLZ/Ort		
Facharzt	Name	Tel.	
		Fax	
	Straße/PLZ/Ort		
5. Kostenträger			
5.1 Eigenfinanzierung	Selbstzahler ☐ ja ☐ nein		
	Rechnungsanschrift /Name	Tel.	
	Straße/PLZ/Ort		
5.2 Öffentliche Kostenträger	Zuständiges Sozialamt		
	Straße/PLZ/Ort		
	Sachbearbeiter/in		
	Aktenzeichen		
	Kostenübernahmeerklärung liegt vor :		☐ ja ☐ nein

6. Sonstiges

Z.B Kompressionsstrümpfe / Hörgeräte usw.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

rechtlicher Vertreter des
Antragstellers