

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Name \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Kreis/Land \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

z.Z. in welchem Krankenhaus/Heim: \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangeh. \_\_\_\_\_

Letzte Eheschließung am \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Vorname des Ehegatten \_\_\_\_\_ verst.am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Gewünschte Unterbringung:  Einbettzimmer  Zweibettzimmer

Angehörige:

1) Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

2) Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

3) Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Betreuer: Name/Vorname \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Aufgabenbereiche:  Gesundheitsfürsorge  Vermögensangelegenheiten  
 Aufenthaltsbestimmung  Freiheitseinschränk. Maßnahmen

Sonstige Bereiche \_\_\_\_\_

Amtsgericht: \_\_\_\_\_ AZ: \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht  ja  nein Patientenverfügung  ja  nein

Schwerbehinderung Anerkennung  ja Versorgungsamt \_\_\_\_\_ AZ: \_\_\_\_\_

QKA 1.3 Änderungsstatus: 05	Bearbeitet von: QMB	Verantwortet von: HL	Freigegeben am: 01.11.2018 Inkrafttreten am: 01.12.2018	
--------------------------------	------------------------	-------------------------	--	--

nein

Hausarzt/Name, Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ -verhältnis \_\_\_\_\_

**Leistungen der Pflegekasse:**

Besteht häuslicher Pflegegrad:  nein  ja Pflegegrade:  1  2  3  4  5

Antrag auf Höhergradierung gestellt:  nein  ja am: \_\_\_\_\_

Besteht vollstationärer Pflegegrad:  nein  ja Pflegegrade:  1  2  3  4  5

Antrag auf vollstationäre Pflegeversicherungsleistungen gestellt am: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_

**Monatliches Einkommen:**

Art des Einkommens

Zahlende Stelle

Betrag

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag

**Kostenträger: die Heimkosten werden gezahlt durch:**

das oben angeführte monatliche Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen/Bestand heute ca. € \_\_\_\_\_

Zahlungen von \_\_\_\_\_

das zuständige Sozialamt in \_\_\_\_\_

Kostenübernahmeantrag ist gestellt am \_\_\_\_\_

Kostenübernahmeerklärung liegt bei  folgt in den nächsten Tagen

**Frühere Unterbringung:**

Aus welchen Gründen wird die jetzige Heimaufnahme gewünscht:

\_\_\_\_\_

**Allgemeiner körperlicher Zustand des Aufzunehmenden:**

\_\_\_\_\_

Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden:

\_\_\_\_\_

**Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich.**

Ich bin damit einverstanden, dass die oben angegebenen persönlichen Daten zwecks Organisation und Durchführung des Einzugs erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Dieses Einverständnis kann jederzeit – auch teilweise – für die Zukunft widerrufen werden.

Hoppstädten-Weiersbach, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Aufzunehmenden

QKA 1.3 Änderungsstatus: 04	Bearbeitet von: QMB	Verantwortet von: HL	Freigegeben am: 01.11.2018 Inkrafttreten am: 01.11.2018	
--------------------------------	------------------------	-------------------------	--	--