



## Anmeldung zur vollstationären Heimaufnahme

Anmeldung für	<input type="checkbox"/> Haus am Redoutenpark <input type="checkbox"/> Haus auf dem Heiderhof		
1. Name, Vorname			
2. Adresse	Straße		☎
	PLZ	Ort	
3. Geburtsdaten	Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsname:
4. Familienstand	verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/>		
5. Konfession			
6. Staatsangehörigkeit			
7. Derzeitiger Aufenthaltsort <small>(bei Krankenhaus oder Altenheim bitte Adresse)</small>	bei:		
	Straße		☎
	PLZ	Ort	
8. Angehörige	Name, Vorname		☎ privat
	Straße, PLZ, Ort		☎ dienstl.
	wie verwandt		☎ mobil
	✉ E-Mail:		
	Name, Vorname		☎ privat
	Straße, PLZ, Ort		☎ dienstl.
	wie verwandt		☎ mobil
	✉ E-Mail:		



9. Betreuung / Vollmacht	ja <input type="checkbox"/> ( Bitte Nachweis in Kopie beifügen)	nein <input type="checkbox"/> (Wir empfehlen in jedem Fall die Ausstellung einer Vorsorgevollmacht)
10. Wirkungskreis der Betreuung/ Vollmacht	Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/>	
11. Betreuer/ Bevollmächtigter	Name, Vorname	
	Straße, PLZ, Ort	
12. Patientenverfügung liegt vor	ja <input type="checkbox"/> ( Bitte Kopie beifügen)	nein <input type="checkbox"/> (Wir empfehlen die Niederschrift einer Patientenverfügung)
13. Derzeitiger Hausarzt	Name, Vorname	
	Straße, PLZ, Ort	
	Ärztlicher Fragebogen liegt bei?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
14. Kranken-/ Pflegekasse		Mitgliedsnummer:
15. Einstufung Pflegeversicherung	nein <input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Pflegegrad: _____ Höherstufung beantragt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
16. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	
17. Gewünschter Einzugstermin	zur Heimaufnahme:	sofort <input type="checkbox"/> später, ca.: _____
	Weitere Bemerkung:	
18. Finanzierung/ Kostenträger	Eigenmittel <input type="checkbox"/> Beihilfeversicherung <input type="checkbox"/>	
	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig? _____	
	Sozialhilfeantrag wurde bereits gestellt am: _____	
19. Hinweise, Ergänzungen, Bemerkungen		
Ort:		
Datum:		
Unterschrift des Antragstellers oder Bevollmächtigten:		