

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Name: _____ Vorname: _____
 Straße, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
 Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____
 Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____
 zuletzt ausgeübter Beruf: _____ Religion: _____
 Telefon Nr.: _____ Familienstand: _____
 Aufenthalt vor Einzug: (Zuhause/Klinik/Heim): _____

Bitte nennen Sie uns Angehörige/Betreuer als Ansprechpartner:

1. Name: _____	2. Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Angehörigenart: _____	Angehörigenart: _____
Straße: _____	Straße: _____
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon: _____	Telefon: _____
Mobil: _____	Mobil: _____
E-Mail: _____	E-Mail: _____

Betreuung beantragt Betreuung besteht (Name): _____
 Vorsorge-/Generalvollmacht besteht (Name): _____

Bitte nennen Sie uns Ihre zuständige Kranken- und Pflegekasse:

AOK Barmer GEK DAK KKH TKK Siemens BK Sonstige: _____
 Mitglieds-Nr. Krankenkasse: _____
 privat versichert / Name der Kasse: _____ Beihilfe ja nein
Gebührenbefreit? ja nein
Antrag auf vollstationäre Pflege/KZP/VHP bei der Pflegekasse gestellt? ja nein

Angaben zum Kostenträger:

Einkommen/Renten (Bescheide bitte als Kopie beilegen): _____
 Rechnung geht an: _____

