

## 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 bei der Pflegekasse gestellt?  ja  nein

### Angaben zum Kostenträger:

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

Welcher Pflegegrad besteht derzeit? (Bitte Bescheid der Pflegekasse als Kopie beilegen):

- 2                       3                       4                       5  
 Pflegegrad wurde beantragt am: \_\_\_\_\_  Höherstufung wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis:                       ja                       nein                      \_\_\_\_\_ %

Wer ist Ihr Hausarzt:

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Wäschenamen (werden bei verbindlicher Anmeldung vorab bestellt und berechnet):

- 50 Stück (8,00 €)                       100 Stück (15,00 €)                       150 Stück (23,00 €)

(Für das Patchen der Kleidung berechnen wir 0,20 € pro Kleidungsstück)

Fußpflege:     ja    nein                      Fußpflege auf Rezept:     ja    nein                      Friseur:     ja    nein  
Getränke:     ja    nein                      Besorgung der Pflegemittel:     vom Haus     selbst (Angehörige)

Gewünschtes Einzugsdatum ins Einzelzimmer: \_\_\_\_\_

Reservierungs-/Freihaltegebühr des Einzelzimmers beträgt 50,00 €/Tag. Reservierung ab: \_\_\_\_\_

Stornogebühr: 50,00 € bei verbindlicher Einzugszusage plus die Kosten für die Wäschenamen!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_