

Stempel der Einrichtung	Eingangsvermerk
Anmeldung	
<input type="checkbox"/> auf Dauer	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege von bis
<input type="checkbox"/> Tagespflege	
Gewünschte Wohnform:	<input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ Zimmer - Nr.
Gewünschter Zeitpunkt:	
1. Personalien	
Familienname:	Geburtsname:
Vorname/n:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Kreis:
2. Wohnsitz	
PLZ:	Ort:
Straße:	Telefon:
Derzeitiger Aufenthalt (z. B. Krankenhaus, etc.):	
3. Familienstand	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
4. Konfession	
<input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> muslimisch <input type="checkbox"/> sonstige:	
5. Staatsangehörigkeit:	
6. Krankenkasse:	
	Mitglieds - Nr.
7. Pflegekasse:	
8. Angaben zur Pflegeversicherung	
Wurde ein Antrag auf Leistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt eine Leistungszusage Ihrer Pflegeversicherung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn „ja“ für welche Pflegestufe?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall
Liegt die Heimnotwendigkeitsbescheinigung des Medizinischen Dienstes (MDK) Ihrer Pflegekasse vor?	<input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

9. Mit wem ist Rücksprache zu führen?	
Angehörige <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Name :	
Vorname:	
Wie verwandt :	
Straße :	
Wohnort :	
Telefon privat :	
Telefon dienstlich:	
10. Betreuerin / Betreuer gemäß § 1896 BGB / Vollmacht	
Betreuung <input type="checkbox"/> ist beantragt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vollmacht liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name:	Telefon:
Straße:	Ort:
Bitte ggf. Kopie der Betreuungsurkunde / Vollmacht beifügen.	
11. Ärztliche Versorgung durch:	
1.	
Name:	Telefon:
Straße:	Ort:
Fachrichtung:	
2.	
Name:	Telefon:
Straße:	Ort:
Fachrichtung:	
Bitte reichen Sie diesen Antrag zusammen mit dem vom derzeitig behandelnden Arzt ausgefüllten ärztlichen Fragebogen und der Erklärung zur Heimfinanzierung ein.	
Ort, Datum	Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers
Ort, Datum	Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers
Bemerkungen:	
<i>Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung ohne den vom Arzt / der Ärztin ausgefüllten Bogen nicht vollständig ist. Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie Kontakt zu unserer Einrichtung. Ihre persönlichen Daten werden im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes nur für eigene Zwecke gespeichert.</i>	

Erklärung zur Heimfinanzierung	
Einkommen / Renten:	Betrag:
1.	
2.	
3.	
4.	
Vermögen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grundbesitz:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sparguthaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Betrag:
Die Heimkosten werden finanziert durch:	
<input type="checkbox"/> Selbstzahlung	
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe / KOF	
Der Kostenübernahmeantrag wurde gestellt am:	
Bankverbindung:	
Name des Kontoinhabers:	
Name des Kreditinstituts:	
Bankleitzahl:	
Konto - Nr.:	
Von der Einrichtung auszufüllen:	
Heimaufnahme/Anzeige beim Sozialamt am:	
Pflegewohngeld:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegewohngeldantrag gestellt am:	
Verzichtserklärung bez. Pflegewohngeld:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rezeptgebührenbefreiung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; von bis
Inkontinenz liegt vor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; von bis
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein