



Heimaufnahme Datenblatt

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig.

| Persönliche Daten: | | |
|---|------------------|---------------|
| Name: | Ggf. Geburtsname | Vorname: |
| Aktuelle Straße, Hausnummer | PLZ | Ort |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Telefonnummer |
| Lebenssituation: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend | | |

| Kontakt Daten Hausarzt | Kontakt Daten Zahnarzt |
|------------------------|------------------------|
| Name | Name |
| Anschrift | Anschrift |
| Telefonnummer | Telefonnummer |

| Krankenkasse/Pflegekasse | | |
|--|---|--|
| Versichertennummer | Name der Kasse | Befreiung von Zuzahlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ befreit. |
| Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie des Ausweises beifügen) | | |
| Wurden Sie bereits in ein Pflegegrad eingestuft? (Bitte Kopie des Bescheides beifügen) | | |
| <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 3 | | |
| <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/> beantragt am: _____. | | |
| Beziehen Sie <u>zusätzliche Betreuungsleistungen</u> durch die Pflegekasse? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja* (* Bitte Kopie der Unterlagen beifügen) | Besteht eine gerichtliche Betreuung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja* (* Bitte Kopie der Unterlagen beifügen) | Bestehen Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja* (* Bitte Kopie der Unterlagen beifügen) |

| Daten zum Einzug | |
|--|--|
| Gewünschter Aufnahmeterrin: | |
| Wie dringlich ist Ihre Aufnahme? | |
| <input type="checkbox"/> dieser Antrag ist eine Voranmeldung | <input type="checkbox"/> dringend, weil _____ |
| | <input type="checkbox"/> sehr dringend, weil _____ |

Wichtige Angehörige:

Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine Vertrauensperson angeben!

| | |
|--|--|
| Name, Vorname | Name, Vorname |
| Verwandtschaftsverhältnis | Verwandtschaftsverhältnis |
| Anschrift | Anschrift |
| Telefonnummer | Telefonnummer |
| Email (Falls vorhanden) | Email (Falls vorhanden) |
| Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Weitere Anmerkungen: | |

Folgende Unterlagen lege ich dem Antrag bei:

- Kopie des Schwerbehindertenausweis
- Kopie des Bescheides über einen Pflegegrad
- Kopie der Unterlagen über zusätzliche Betreuungsleistung der Pflegekasse
- Kopie der Unterlagen über die gerichtliche Betreuung
- Kopie der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht bzw. Generalvollmacht
- Kopie des Personalausweis
- Kopie der Krankenversicherungskarte (Chipkarte unbedingt vorn und hinten)

Ich habe alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet.

| | |
|------------|---|
| | |
| Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin/Bevollmächtigter |

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Frau/Herrn _____

geboren am _____

zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Krankheit, wie TBC, MRSA o.ä. vorhanden sind.

| | |
|------------|---------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift/Stempel des Arztes |
|------------|---------------------------------|

Diese Anmeldung ist unverbindlich.