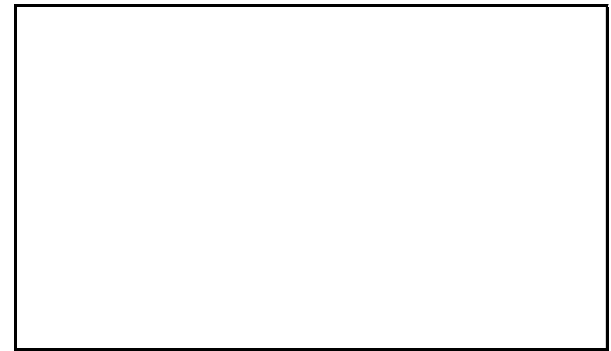


Bezeichnung des Heimes mit Stempel



Eingangsvermerke des Heimes

## Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen (AH1.2) zur Heimaufnahme einsenden)

<b>Vor- und Zuname</b>	<b>Vorname, Name:</b> _____	<b>geborene:</b> _____	
	<b>Adresse</b>		
<b>Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte Adresse angeben.)</b>	<b>Straße:</b> _____		
	<b>PLZ. Ort:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____	
	<b>Haus:</b> _____		
<b>Geburtsdaten</b>	<b>Straße:</b> _____		
	<b>PLZ. Ort:</b> _____		
	<b>Datum:</b> _____	<b>Ort:</b> _____	
	<b>Familienstand:</b> _____	<b>Konfession:</b> _____	
<b>Angehörige a)</b>	<b>Staatsangehörigkeit:</b> _____		
	<b>Name:</b> _____		
	<b>Straße:</b> _____		
	<b>PLZ/Ort:</b> _____		
	<b>wie verwandt:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____	
		<b>E-Mail</b> _____	
	<b>b)</b>	<b>Name:</b> _____	
		<b>Straße:</b> _____	
		<b>PLZ/Ort:</b> _____	
		<b>wie verwandt:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____
		<b>E-Mail</b> _____	
<b>c)</b>	<b>Name:</b> _____		
	<b>Straße:</b> _____		
	<b>PLZ/Ort:</b> _____		
	<b>wie verwandt:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____	
		<b>E-Mail</b> _____	

**Betreuer  
(nach  
Betreuungsrecht)**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Wirkungskreis der  
Betreuer**

**Wirkungskreis:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Vorsorgevollmacht**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Wirkungskreis:** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung**

ja

nein

**Name:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse**

\_\_\_\_\_ **Pflegegrad:** \_\_\_\_\_

**Gewünschte  
Unterbringung**

Einzelzimmer  Doppelzimmer  Mehrbettzimmer  Termin zur Aufnahme \_\_\_\_\_

**Hinweise,  
Beanstandungen,  
Ergänzungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kostenträger**

Wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder beantragt? ja  nein

Wenn ja welches Sozialamt ist zuständig \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Antragsstellers**

\_\_\_\_\_  
**Wenn nicht Personengleichheit,  
Unterschrift des Aufzunehmenden**