

## Formular Anmeldung zur Heimaufnahme

1. **Aufnahme:**  vollstationär ab .....  Kurzzeitpflege von ..... bis .....  
 Geschlossene  Beschützte  Altenheim/offen Zimmer-Nr. ....  EZ  DZ
2. **Persönliche Daten:**  
Name: ..... Geb.-Dat: ..... Geb.-Ort: .....  
Familienstand: ..... Konfession: ..... Staatsangehörigkeit: .....  
Letzter Wohnsitz: .....  
Aufenthaltort z. Zt.: .....  
Diagnose: .....
3. **Angehörige:**  
Name: ..... Verw.-Grad ..... Tel.-Nr.: .....  
Anschrift: .....  
Name: ..... Verw.-Grad ..... Tel.-Nr.: .....  
Anschrift: .....
4. **Betreuer:**  
Name/Anschrift: .....  
Tel. Nr. .... Mobil: ..... Fax Nr. ....  
Mail: .....  
Wirkungskreis:  Aufenthalt  Unterbringung  Gesundheit  Post  Wohnung  Rechts-, Antrags- u. Behördenangelegenheiten  
 Vermögen Unterbringungsbeschluss:  ja, bis .....  beantragt  nein
5. **Kostenübernahme:**  
Kostenträger/Anschrift: .....  
Sachbearbeiter(in): ..... Tel.: ..... Fax: .....  
Mail: ..... Selbstzahler:  ja, Rechnung an: .....
6. **Krankenkasse:**  
Name/Anschrift: .....  
Mail: ..... Tel. Nr. .... Fax-Nr. ....  
Versicherungsnummer: .....  
Leistung nach § 87b vorhanden:  ja  nein  
Pflegestufe:  ja, Stufe .....  nein  bereits beantragt  
Befreiung Zuzahlungsleistungen:  ja  nein  bereits beantragt
7. **Sonstiges:**  
Personalausweis:  ja, gültig bis .....  nein  
Rundfunkgebühren:  ja, gültig bis .....  nein  abgemeldet zum .....  
Schwerbehindertenausweis:  ja, gültig bis ..... Merkzeichen: ..... nein   
.....  
.....

Hohegeiß, .....