

Soziale Betreuung • Beratung • Professionelle Pflege

Unverbindliche Anmeldung zur Heimaufnahme

Name, Vorname		Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
Familienstand		Konfession	
Straße, Hausnr.		PLZ, Ort	

Derzeitiger Aufenthalt

(Bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entspr. Adresse angeben)

Name der Einrichtung	
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort

Angehörige / Bezugspersonen

1	2
Name, Vorname	Name, Vorname
Straße, Hausnr.	Straße, Hausnr.
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon	Telefon
Bezugsverhältnis	Bezugsverhältnis

Gewünschte Unterbringung

Einzelzimmer	Doppelzimmer
--------------	--------------

Gewünschter Aufnahmetermin

zur Vollzeitpflege	ab	
zur Kurzzeitpflege	ab	bis

Fortsetzung auf Seite 2

Pflegestufe

Wurde durch den MDK eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt?	Ja	Nein
--	----	------

Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft?	Ja	Nein
--	----	------

Wenn ja, seit wann und in welchen Grad?

Seit	Pflegegrad	1	2	3	4	5
------	------------	---	---	---	---	---

Gerichtlich bestellter Betreuer

Name, Vorname	Telefon
---------------	---------

Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
-----------------	----------

Wirkungskreis der Betreuung

Derzeitiger Hausarzt

Name, Vorname	Telefon
---------------	---------

Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
-----------------	----------

Krankenversicherung

Pflegekasse	Versicherungsnummer
-------------	---------------------

Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
-----------------	----------

Kostenträger

Wird Unterstützung durch den Sozialhilfeträger bezogen oder beantragt?	Ja	Nein
--	----	------

Wenn ja, welcher Sozialhilfeträger ist zuständig?

Hinweise für die Einrichtung