

# Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen (AH 1.2) zur Heimaufnahme einsenden)

Vor- und Zuname		geborene		
Adresse		Straße/PLZ/Ort		
		Telefon		
Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)		Straße/PLZ/Ort		
		Telefon		
Geburtsdaten/-ort		Datum	Ort	
Familienstand		Konfession		Staatsangehörigkeit
Angehörige	a)	Name		
		Straße/PLZ/Ort		
		wie verwandt		Telefon
	b)	Name		
		Straße/PLZ/Ort		
		wie verwandt		Telefon
	c)	Name		
		Straße/PLZ/Ort		
		wie verwandt		Telefon
Betreuer (nach Betreuungsrecht)		Name		
		Straße/PLZ/Ort		
		Telefon		
Wirkungskreis der Betreuung				
Hausarzt		Name		
		Straße/PLZ/Ort		
		Telefon		
Krankenkasse		Pflegestufe		
Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer	Doppelzimmer	Mehrbettzimmer	Termin zur Aufnahme
Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen				
Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?			ja      nein

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,  
Unterschrift des Aufzunehmenden