



Anmeldung zur Heimaufnahme

(Nach Möglichkeit zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten *Ärztlichen Fragebogen* einsenden)

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank!

1. Zuname (bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)	
2. Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen)	
3. Wohnung (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	<hr/> <small>(PLZ) (Wohnort, Gemeinde)</small> <hr/> <small>(Straße, Hausnummer)</small> <hr/> <small>(bei wem?)</small>
4. Derzeitiger Aufenthalt (z. B. Krankenhaus, andere Pflegeeinrichtung o. ä.)	<hr/> <small>(Straße, Hausnummer)</small> <hr/> <small>(PLZ) (Wohnort, Gemeinde)</small> <hr/> <small>(bei wem?)</small>

C:\Qualitätshandbuch Rosenhof\Formulare\FO Anmeldung zur Heimaufnahme 2006.06.20 Ros.doc



5. Geburtsdaten (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben)	_____ (am) (in)	
6. Familienstand:	7. Konfession:	8. Staatsangehörigkeit:
9. Angehörige a) _____ (wie verwandt?) (Vor- und Zuname) _____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon) b) _____ (wie verwandt?) (Vor- und Zuname) _____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon) c) _____ (wie verwandt?) (Vor- und Zuname) _____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon) (Falls keine Angehörigen vorhanden, bitte eine andere Vertrauensperson angeben.)		
10. Betreuer Vor- und Zuname: _____ _____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon)		
11. Krankenkasse (oder sonstige Kostenverträge für Arzt, Arzneimittel usw.)		
12. Versicherungsverhältnis (z. B. Rentner, freiwilliges Mitglied, Familienhilfe)		
13. Mitglieds- Nr. der Krankenkasse oder Aktenzeichen des Behandlungskostenträgers		
14. Name des Hausarztes _____ (Vor- und Zuname) _____ (PLZ) (Wohnort) (Straße, Hausnummer) (Telefon)		
15. Medikamentenbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

16. Kostenträger (Zutreffendes bitte ankreuzen X)

Die Heimkosten werden aufgebracht durch

- eigenes Einkommen das zuständige Sozialamt* in _____

*Die Kostenverpflichtungserklärung

- liegt bei folgt in den nächsten Tagen muss noch beantragt werden

- ist beantragt am: _____

17. Gewünschte Unterbringung (Zutreffendes bitte ankreuzen X)

- Einzelzimmer Doppelzimmer 1-Zimmer-Appartement 2-Zimmer-Appartement

18. Gewünschter Aufnahmetermin

19. Diät notwendig? (Welche, warum?)

20. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?

Vor- und Zuname: _____

(PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon)

in welcher Eigenschaft? _____

21. Pflegestufe

22. Wer erhält die Rechnung?

23. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf- verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

_____, den _____

(Unterschrift des Antragstellers)

(Wenn Personen nicht gleich, Unterschrift des Aufzunehmenden)