

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

<b>1</b>	Name, Vorname	<b>2</b>	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? Wenn ja, seit wann und in welche Stufe?	Ja	Nein
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? Wenn ja, welcher Sozialhilfeträger ist zuständig?	Ja	Nein

**Hinweise für die Einrichtung**


Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. Vertreters