**Anmeldung Heimaufnahme**

|  |
| --- |
| **Einrichtung / Zimmer** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Seniorenheim Dinkelscherben |  | [ ]  Seniorenzentrum Zusmarshausen |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer |  | ☐ Einzel- oder Doppelzimmer |

|  |
| --- |
| **Aufnahmeart** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Kurzzeitpflege | von |  | bis |  |
| [ ]  Verhinderungspflege | von |  | bis |  |
| [ ]  Langzeitpflege | ab |  |  |  |
| [ ]  Unverbindliche Vormerkung (Diese dient lediglich zur Vormerkung des Anmeldedatums, das im Fall einer Warteliste bei tatsächlich gewünschter Heimaufnahme berücksichtigt wird.) |

|  |
| --- |
| **Persönliche Daten** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name, Vorname |  | Geburtsname |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Geburtsdatum |  | Geburtsort |

|  |
| --- |
|  |
| Adresse (Straße, Postleitzahl, Ort) |

|  |
| --- |
| Familienstand: [ ]  ledig [ ]  verheiratet [ ]  verwitwet [ ]  geschieden |

|  |  |
| --- | --- |
| Staatsangehörigkeit: [ ]  deutsch [ ]  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Konfession: [ ]  katholisch [ ]  evangelisch [ ]  |  |

|  |
| --- |
| **Krankenkasse / Hausarzt** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | [ ]  ja [ ]  nein |
| Krankenkasse / Versicherungsnummer |  | Zuzahlungsbefreiung |

|  |
| --- |
|  |
| Name und Anschrift des bisherigen Hausarztes  |

|  |
| --- |
|  |
| Name und Anschrift des Hausarztes ab Heimeinzug  |

|  |
| --- |
| **Pflegebedürftigkeit** |

|  |
| --- |
| Pflegegrad liegt bereits vor [ ]  nein [ ]  ja und zwar Pflegegrad [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 |

|  |  |
| --- | --- |
| Beantragt wurde [ ]  §39 c [ ]  Pflegegrad ☐ Höherstufung von |  |

|  |
| --- |
| **Finanzierung** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Selbstzahler / Rentenhöhe, sonstige Bezüge: |  |  | [ ]  Pflegekasse |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Sozialhilfe wird beantragt | [ ]  Sozialhilfe wird bereits bezogen / AZ: |  |

|  |
| --- |
| **Angehörige** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |
|  | Name, Vorname |  | Angehörigenverhältnis |
|  |  |  | [ ]  Vollmacht [ ]  Betreuung [ ]  keine |
|  | Adresse (Straße, Postleitzahl, Ort) |  | Vollmacht/Betreuung |
|  |  |  |  |
|  | E-mail |  | Telefon |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2** |  |  |  |  |
|  | Name, Vorname |  | Angehörigenverhältnis |
|  |  |  |  |
|  | Adresse (Straße, Postleitzahl, Ort) |  | Telefon |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** |  |  |  |  |
|  | Name, Vorname |  | Angehörigenverhältnis |
|  |  |  |  |
|  | Adresse (Straße, Postleitzahl, Ort) |  | Telefon |

|  |
| --- |
| **Bankverbindung** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name des Kreditinstitutes |  | IBAN |

|  |
| --- |
|  |
| Name des Kontoinhabers, falls abweichend vom Name der Bewohnerin/des Bewohners |

|  |
| --- |
| **Weitere Angaben** |

Die nachfolgenden Angaben werden benötigt, um im Todesfall der Bewohnerin/des Bewohners die Sterbefallanzeige an das zuständige Standesamt, zu der wir gesetzlich verpflichtet sind, möglichst vollständig und korrekt ausfüllen zu können.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name, Vorname des Ehepartners |  | Geburtsname |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Geburtsdatum des Ehepartners |  | ggf. Sterbedatum des Ehepartners |  | Geburtsort des Ehepartners |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Zeit und Ort der Eheschließung/Standesamt und Nr. |  | Beruf der/des Bewohnerin/s |

|  |
| --- |
| **Unterschrift** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |