



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 Anmelde datums, 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

Krankenkasse / Versicherungsnummer _____ ja nein
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

<p>1</p> <p>Name, Vorname _____</p> <p>Adresse (Straße, Postleitzahl, Ort) _____</p> <p>E-mail _____</p>	<p>Angehörigenverhältnis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> keine Vollmacht/Betreuung</p> <p>Telefon _____</p>
<p>2</p> <p>Name, Vorname _____</p> <p>Adresse (Straße, Postleitzahl, Ort) _____</p>	<p>Angehörigenverhältnis _____</p> <p>Telefon _____</p>
<p>3</p> <p>Name, Vorname _____</p> <p>Adresse (Straße, Postleitzahl, Ort) _____</p>	<p>Angehörigenverhältnis _____</p> <p>Telefon _____</p>

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 _____