**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 |