



## 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

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

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

<b>2</b>	_____	_____
	Name, Vorname	Angehörigenverhältnis
	_____	_____
	Adresse (Straße, Postleitzahl, Ort)	Telefon

<b>3</b>	_____	_____
	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