

**Persönliche Daten**

Titel:	.....	Nachname:	.....
Vorname:	.....	Geburtsname:	.....
Geburtsdatum:	.....	Geburtsort:	.....
Nationalität:	.....	Familienstand / seit:	.....
Konfession:	.....		

**Adresse**

Letzte Meldeadresse vor der Heimaufnahme

Straße:	.....	Ort:	.....
Bundesland:	.....	Telefon-Nr.:	.....
Gegenwärtiger Aufenthaltsort:	.....		
.....			

**Bankverbindung**

Lastschriftzug:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	BIC:	.....
Bank:	.....		IBAN:	.....
Konto-Nr.:	.....		Bankleitzahl:	.....

**Biographie**

Gründe für die Heimaufnahme .....

Ehemaliger Beruf: .....

**Angaben zur Bestattung**

Liegt ein Vorsorgevertrag vor:  nein  ja      Datum: .....

Name Bestattungsinstituts: .....

Friedhof/Ort: .....

Bestattungsart: .....

**Angehörige**

Name, Vorname:	.....	Telefon:	.....
Anschrift:	.....	Mobil:	.....
Verwandtschaftsverhältnis:	.....	Fax/Mail	.....
Name, Vorname:	.....	Telefon:	.....
Anschrift:	.....	Mobil:	.....
Verwandtschaftsverhältnis:	.....	Fax/Mail	.....
Name, Vorname:	.....	Telefon:	.....
Anschrift:	.....	Mobil:	.....
Verwandtschaftsverhältnis::	.....	Fax/Mail	.....

# Anmeldung zur Heimaufnahme

(Seite 2)

Kreis Krankenhaus Prignitz  
Seniorenpflegezentrum Perleberg GmbH  
Standort Wittenberge  
Krausestr. 35, 19322 Wittenberge  
Telefon: 0 38 77 / 56 34 9-0

## Gesetzliche Betreuung

O nein    O ja    seit: .....    bis: .....

Name, Vorname: .....    Telefon: .....

Anschrift: .....    Mobil: .....

Amtsgericht: .....    Aktenzeichen: .....

für: .....

.....

.....

.....

Betreuung angeregt:    O nein    O ja    Datum: .....

## Gewünschte Unterbringung

Raumtyp: .....    Komfortwunsch: .....

## Krankenkasse

Bezeichnung der Krankenkasse: .....

Adresse der Krankenkasse: .....

Mitgliedsnummer: .....

## Befreiungen    ja    nein

Fahrkosten     Sonstiges: .....

Medikamentenzuzahlungen    .....

Heil- und Hilfsmittel    .....

Rundfunkgebühren    .....

## Pflegekasse

Bezeichnung der Pflegekasse: .....

Adresse der Pflegekasse: .....

Mitgliedsnummer: .....

Pflegegrad beantragt durch: .....

Begutachtung erfolgt(e) am: .....

Vorhandener Pflegegrad:     PG 2     PG 3     PG 4     PG 5

**Bestätigung über den bewilligten Pflegegrad bitte beifügen!**

## Beihilfeberechtigung

Bezeichnung der Beihilfestelle: .....

Adresse: .....

# Anmeldung zur Heimaufnahme

(Seite 3)

Kreis Krankenhaus Prignitz  
Seniorenpflegezentrum Perleberg GmbH  
Standort Wittenberge  
Krausestr. 35, 19322 Wittenberge  
Telefon: 0 38 77 / 56 34 9-0

Zugangsempfehlung durch: \_\_\_\_\_

## Übernahme des Heimentgelts

- Aus monatlichem Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)
- Zahlungen von Dritten: \_\_\_\_\_
- Durch das zuständige Sozialamt: \_\_\_\_\_
- Sozialhilfeantrag erforderlich: \_\_\_\_\_
- Antrag erfolgt durch: \_\_\_\_\_

Benennung der behandelnden Ärzte	Adresse	Telefon-Nr.
----------------------------------	---------	-------------

Hausarzt: _____	_____	_____
Augenarzt: _____	_____	_____
HNO-Arzt: _____	_____	_____
Internist: _____	_____	_____
Zahnarzt: _____	_____	_____
Sonstiges: _____	_____	_____

Gewünschter Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_

16. **Ärztliches Zeugnis** für eine durchgeführte Untersuchung bezüglich Lungentuberkulose muss bei Heimaufnahme gemäß § 36 Abs. 4 IfSG vorliegen und darf nicht älter als 4 Wochen sein.  ja  nein  beantragt

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird ausdrücklich versichert. Ich/wir bestätige(n), dass ich/wir diese Selbstauskunft nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig erteilt habe(n).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Bewohner(in)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Betreuer(in) / Vertreter(in)\*

\* Nicht zutreffendes bitte streichen.

Verteiler

Original:  Bewohner/Angehörige

Kopie:  Bewohnerakte