

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: ☐ ja ☐ nein	BIC: _____
Bank: _____	Kontoinhaber: _____
IBAN: _____	

Biographie

Gründe für die Heimaufnahme _____

Ehemaliger Beruf: _____

Angaben zur Bestattung

Name des Bestattungsunternehmens: _____

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 _____

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: _____

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: _____

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 Aufnahmetermi

- 16. Ärztliches Zeugnis** für eine durchgeführte Untersuchung bezüglich Lungentuberkulose muss bei Heimaufnahme gem. § 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