

Anmeldung zur Heimaufnahme

Anmeldedatum _____		Aufnahmetag _____	
Dringlicher Antrag <input type="checkbox"/>		Vorsorglicher Antrag <input type="checkbox"/>	
Dauerpflege <input type="checkbox"/>		Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	
Vor- und Zuname:		Geburtsname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsang.:	Familienstand:
Konfession:			
Straße:		Derzeitiger Aufenthalt	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort	
Telefon:		Telefon/Fax	
Angehörige:		Weitere Angehörige/Verwandtschaftsgrad	
Vor- und Zuname:		Vor- und Zuname:	
Straße:		Straße:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Verwandtschaftsgrad:		Verwandtschaftsgrad:	
Telefon/Fax:		Telefon/Fax:	
Email:		Email:	
Hausarzt/Name:		Weiterer Arzt/Name:	
Straße:		Fachbereich:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Telefon/Fax:		Telefon/Fax:	
Einstufung in Pflegeversicherungsleistungen: Pflegegrad: 1 2 3 4 5		Einstufung beantragt am:	
Datum der Einstufung:		Von wem?	



Höhe des Einkommens:		Wenn Einkommen und Pflegezulage nicht ausreichen, bitte beim Sozialamt sofort Antrag auf Kostenübernahme stellen.	
Die/Der Anzumeldende trägt die Heimkosten selbst:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Angaben zum Ehepartner (als Angehörige/r oder falls auch Aufnahme erwünscht)			
Vor- und Zuname:		Weitere Angehörige/ Verwandtschaftsgrad	
Geburtsdatum	Konfession	Vor- und Zuname:	
Straße:		Straße:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Telefon/Fax:		Telefon/Fax:	
Besteht eine Betreuung (Amtsgericht) <input type="checkbox"/> oder Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja siehe unten		Patiententestament vorhanden?	
Vor- und Zuname des Betreuers/Bevollmächtigten:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Straße:			
PLZ/Ort:			
Telefon/Fax:		Betreuungsantrag gestellt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Gewünschte Unterbringung:			
Einzelzimmer: <input type="checkbox"/> Doppelzimmer: <input type="checkbox"/> Kombizimmer: <input type="checkbox"/>			
Krankenkasse + Versicherungsnummer:		Rezeptgebührenbefreiung:	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Raum für besondere Mitteilungen:			
Kempten, den		Unterschrift _____	
Auszufüllen vom Heim			
Einzugsdatum: _____			
Wohnbereich: _____		Zimmer: _____	