Haus Hasch
Pflege und Geborgenheit
für Menschen mit Demenz

TÜVNORD
DIN EN ISO 9001

# Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname: geborene:

2. Adresse:
Straße/PLZ/Ort
Telefon:

3. Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Pflegeheim bitte Adresse)
Straße/PLZ/Ort
entsprechende Telefon:

4. Geburtsdaten: Datum: Ort:

5. Familienstand: Namen: Geb. Datum Ehegatte: Tag + Ort der Eheschließung:

6. Konfession: 7. Staatsangehörigkeit:

8. Angehörige: a)Name
Straße/PLZ/Ort
wie verwandt: Telefon:
Emailadresse:
b)Name
Straße/PLZ/Ort
wie verwandt: Telefon:
Emailadresse
c)Name
Straße/PLZ/Ort
wie verwandt: Telefon:
Emailadresse

9. Betreuer
☐ nach Betreuungsrecht
☐ Bevollmächtigter
Name
Straße/PLZ/Ort
Telefon: Email:

10. Pflegekasse: Pflegegrad:

11. weitere Kostenträger: Name
Straße/PLZ/Ort Aktenzeichen
Sozialhilfe beantragt? O ja O nein Beihilfeberechtigt O ja O nein

12. Bisheriger Hausarzt* Name Straße/PLZ/Ort Telefon:

**Ist die Versorgung durch unsere Heimärzte gewünscht? ☐ ja ☐ nein ***

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers Wenn nicht Personengleichheit, Unterschrift des Aufzunehmenden oder Bevollmächtigten

*Sicherstellung der Versorgung des bisherigen Hausarztes in unserer Einrichtung (Hausbesuche/Visiten, ärztliche Anordnungen, Rezeptausstellung, etc.)