

**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: \_\_\_\_\_

b) Name \_\_\_\_\_  
 Straße/PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 wie verwandt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

c) Name \_\_\_\_\_  
 Straße/PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 wie verwandt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

---

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

---

10. Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

---

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

---

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

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

**Impfstatus Covid-19:**  
 keine    1. Impfung (Datum: \_\_\_\_\_)    2. Impfung (Datum: \_\_\_\_\_)    3. Impfung (Datum: \_\_\_\_\_)

**Impfstoff:** \_\_\_\_\_

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.)