

---

## Anmeldung zur Heimaufnahme

---

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Geburtsort/Landkreis:

Staatsangehörigkeit:

Familienstand:  Konfession:

Beruf (ausgeübter/erlernter Beruf)

Straße, PLZ Wohnort:

derz. Aufenthaltsort (KH o.ä)

---

Angehörige:

Betreuer:

Aufgabenkreis/Umfang:

---

Selbstzahler:  ja  nein

Kostenträger:

Ergänzungsleistungen:  ja  nein

Welche:

Krankenkasse:

Pflegekasse:

Hausarzt:

Facharzt:

**Pflegegrad:**  keine

Antrag gestellt:  ja wann:   nein

1  2  3  4  5

Befreiung von Zuzahlungen:  ja  nein

Schwerbehindertenausweis:  ja  nein

Patientenverfügung:  ja  nein

Aus welchem Grund wird die Heimaufnahme gewünscht?

Gewünschter Aufnahme Termin:

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Antragstellers**

**Unterschrift des gesetzlichen Vertreters**