

# Anmeldung zur Heimaufnahme

Haus am Park  
Pestalozzistraße 12  
79618 Rheinfeldern  
Telefon: 07623/90990 Fax: 07623/90991 55



Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

1. <b>Zuname:</b> (Familiename, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)	
2. <b>Vorname(n):</b> (Rufname bitte unterstreichen)	
3. <b>Wohnung:</b> (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
4. <b>Nebenwohnung:</b> (Mit zweitem Wohnsitz polizeilich gemeldet)	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
5. <b>Zur Zeit in welchem Krankenhaus oder Heim?</b>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<b>Annahmetag:</b>	
<b>Aufnahmegrund:</b>	
6. <b>Geburtsdaten:</b> (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben) <b>am:</b> <b>in:</b>	
<hr/>	
7. <b>Familienstand:</b>	
8. <b>Konfession:</b>	
<hr/>	
9. <b>Staatsangehörigkeit:</b>	
<hr/>	
10. <b>Angehörige:</b>	
a)	
<hr/>	<hr/>
(wie verwandt?)	(Vor- und Zuname)
<hr/>	<hr/>
(Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)	(Straße, Hausnummer, Telefon privat)
<hr/>	<hr/>
Telefon Geschäft	Handy
b)	
<hr/>	<hr/>
(wie verwandt?)	(Vor- und Zuname)
<hr/>	<hr/>
(Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)	(Straße, Hausnummer, Telefon privat)
<hr/>	<hr/>
Telefon Geschäft	Handy
c)	
<hr/>	<hr/>
(wie verwandt?)	(Vor- und Zuname)
<hr/>	<hr/>
(Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)	(Straße, Hausnummer, Telefon privat)
<hr/>	<hr/>
Telefon Geschäft	Handy
(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)	

11. Betreuer:	
(Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen) (Vor- und Zuname)	
(Straße und Hausnummer)	
12. Krankenkasse:	
13. Pflegegrad: ja                    nein                    Welcher?	
14. Versicherungsverhältnis: (gesetzlich / privat)	
15. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:	
16. Zuzahlungsbefreit:	bei Arzneimitteln:
	bei Kuren, Transporten, Physiotherapie:
17. Name des Hausarztes:	Dr.:
	Anschrift:
18. Monatliches Einkommen: (nach heutigem Stand)	
Art des Einkommens	Betrag in Euro
<u>Rente / Vermögen</u>	_____
<u>Sozialhilfe</u>	_____
19. Gewünschte Unterbringung: (Zutreffende bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
20. Termin: (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)	
21. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?	
22. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?	
(Vor- und Zuname)	_____
(Straße und Hausnummer)	(In welcher Eigenschaft?)
23. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:	
Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.	
Datum: _____	Unterschrift des Antragstellers: _____
Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden: _____	
Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.	