

## ANMELDUNG zur

Heimaufnahme     Kurzzeitpflege

### 1. PERSÖNLICHE ANGABEN

|                      |                                |                               |
|----------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <b>Anrede</b>        | <input type="checkbox"/> Frau  | <input type="checkbox"/> Herr |
| <b>Vorname(n)</b>    | <i>Rufnamen unterstreichen</i> |                               |
| <b>Nachname</b>      |                                |                               |
| <b>Geburtsname</b>   |                                |                               |
| <b>Geburtsdatum</b>  | <b>Geburtsort</b>              | <i>ggf. Land angeben</i>      |
| <b>Familienstand</b> |                                |                               |
| <b>Religion</b>      |                                |                               |

### 2. HAUPTWOHNSITZ

|                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| <b>Straße, Hausnummer</b>  |                          |
| <b>Postleitzahl, Ort</b>   | <i>ggf. Land angeben</i> |
| <b>Telefon mit Vorwahl</b> |                          |

### 3. DERZEITIGER AUFENTHALT, WENN NICHT AM HAUPTWOHNSITZ

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Einrichtung oder privat bei</b> | <i>Krankenhaus, Heim oder Privatadresse</i> |
| <b>Station, Kontaktperson</b>      | <i>falls im Krankenhaus oder Heim</i>       |
| <b>Straße, Hausnummer</b>          |   |
| <b>Postleitzahl, Ort</b>           |   |
| <b>Telefon mit Vorwahl</b>         |   |
| <b>Tag der Aufnahme</b>            | <i>falls im Krankenhaus</i>                 |
| <b>Grund der Aufnahme</b>          | <i>falls im Krankenhaus</i>                 |

#### 4. ANGEHÖRIGER, BETREUER ODER VERTRAUENSPERSON

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Art der Kontaktperson</b> | <input type="checkbox"/> Angehöriger / Familie <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Vertrauensperson |
| <b>Vorname, Nachname</b>     |  |
| <b>Straße, Hausnummer</b>    |  |
| <b>Postleitzahl, Ort</b>     |  |
| <b>Telefon mit Vorwahl</b>   |  |
| <b>Aktenzeichen</b>          | <i>sofern vorhanden</i>  |

#### 5. HAUSARZT

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Praxis, Vor- und Nachname</b> |  |
| <b>Straße, Hausnummer</b>        |  |
| <b>Postleitzahl, Ort</b>         |  |
| <b>Telefon mit Vorwahl</b>       |  |

#### 6. KRANKENKASSE, KOSTENTRÄGER, PFLEGEGRAD

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Art der Versicherung</b>  | <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat |
| <b>Name der Krankenkasse</b> |  |
| <b>Versicherungsnummer</b>   |  |
| <b>Pflegegrad</b>            | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5   |

#### 7. VOLLMACHTEN

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Patientenverfügung</b> | <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> beglaubigte Kopie <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| <b>Vorsorgevollmacht</b>  | <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> beglaubigte Kopie <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |

#### 8. UNTERSCHRIFTEN

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Ort und Datum</b>              |  |
| <b>Unterschrift</b>               |  |
| <b>Unterschrift Antragsteller</b> | <i>falls Betroffener nicht unterschreiben kann</i> |