

## Anmeldung zur Heimaufnahme

(Nach Möglichkeit zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten *Ärztlichen Fragebogen* einsenden)

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

<b>1. Zuname</b> (bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)	
<b>2. Vorname(n)</b> (Rufnamen bitte unterstreichen)	
<b>3. Wohnung</b> (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (PLZ)      (Wohnort, Gemeinde)  _____ (Straße, Hausnummer)  _____ (bei wem?)
<b>4. Derzeitiger Aufenthalt</b> (z. B. Krankenhaus, andere Pflegeeinrichtung o. ä.)	_____ (Straße, Hausnummer)  _____ (PLZ)      (Wohnort, Gemeinde)  _____ (bei wem?)

C:\Qualitätshandbuch Rosenhof\Formulare\FO Anmeldung zur Heimaufnahme 2006.06.20 Ros.doc

<b>5. Geburtsdaten</b> (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben)	_____ (am) _____ (in) _____		
<b>6. Familienstand:</b>	<b>7. Konfession:</b>	<b>8. Staatsangehörigkeit:</b>	
<b>9. Angehörige</b>			
a) _____ (wie verwandt?) (Vor- und Zuname)			
_____ (PLZ)	_____ (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer)	_____ (Telefon)
b) _____ (wie verwandt?) (Vor- und Zuname)			
_____ (PLZ)	_____ (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer)	_____ (Telefon)
c) _____ (wie verwandt?) (Vor- und Zuname)			
_____ (PLZ)	_____ (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer)	_____ (Telefon)
(Falls keine Angehörigen vorhanden, bitte eine andere Vertrauensperson angeben.)			
<b>10. Betreuer</b>			
Vor- und Zuname: _____			
_____ (PLZ)	_____ (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer)	_____ (Telefon)
<b>11. Krankenkasse</b> (oder sonstige Kostenverträge für Arzt, Arzneimittel usw.)			
<b>12. Versicherungsverhältnis</b> (z. B. Rentner, freiwilliges Mitglied, Familienhilfe)			
<b>13. Mitglieds- Nr.</b> der Krankenkasse oder Aktenzeichen des Behandlungskostenträgers			
<b>14. Name des Hausarztes</b>			
_____ (Vor- und Zuname)			
_____ (PLZ)	_____ (Wohnort)	_____ (Straße, Hausnummer)	_____ (Telefon)
<b>15. Medikamentenbefreiung</b>			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

<b>16. Kostenträger</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen X) Die Heimkosten werden aufgebracht durch <input type="checkbox"/> eigenes Einkommen <input type="checkbox"/> das zuständige Sozialamt* in _____  *Die Kostenverpflichtungserklärung <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> folgt in den nächsten Tagen <input type="checkbox"/> muss noch beantragt werden  <input type="checkbox"/> ist beantragt am: _____	
<b>17. Gewünschte Unterbringung</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen X) <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
<b>18. Gewünschter Aufnahmeterrmin</b> _____	<b>19. Diät notwendig?</b> (Welche, warum?) _____
<b>20. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?</b>  Vor- und Zuname: _____  _____ (PLZ)                      (Wohnort, Gemeinde)                      (Straße, Hausnummer)                      (Telefon)  in welcher Eigenschaft? _____	
<b>21. Pflegestufe</b>	
<b>22. Wer erhält die Rechnung?</b>	
<b>23. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen</b>      	

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf- verbindlich. Alle Angaben entsprechenden den Tatsachen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift des Antragstellers)

\_\_\_\_\_  
 (Wenn Personen nicht gleich, Unterschrift des Aufzunehmenden)