



## Anmeldung zur Heimaufnahme

(Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig

Aufnahme gewünscht im:

- Giebelhaus
- Brigittenstift
- Sewo

<b>1.</b>	<b>Nachname</b> (Familiename, ggfs. Geburtsname)	
	<b>Vorname(n)</b> (Rufnamen bitte unterstreichen)	
	<b>PLZ und Wohnort</b> (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	
	<b>Straße und Hausnr.</b>	
<b>2.</b>	<b>Derzeitiger Aufenthalt</b>	wenn abweichend von 1.:
	Bei wem?	
	Straße und Hausnr.	
	PLZ und Wohnort	
<b>3.</b>	<b>Geburtsdaten</b>	
	Geburtsort / Kreis / Land	
<b>4.</b>	<b>Persönliche Daten</b>	
	Konfession	
<b>5.</b>	Verheiratet: <input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> nein,	wenn ja: Datum und Ort der letzten Eheschließung:
	Verwitwet <input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> nein,	Geschieden: <input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> nein
<b>6.</b>	<b>Berufsangaben</b>	
	Erlerner Beruf	
	Zuletzt ausgeübter Beruf	
<b>7.</b>	<b>Angehörige</b>	
	<b>7.1</b> Verwandtschaftsverhältnis	
	Vorname, Name	
	Straße, Hausnr.	
	PLZ und Wohnort	
	Tel. / Handy	
	e-mail	

<b>7.2</b>	Verwandtschaftsverhältnis			
	Vorname, Name			
	Straße, Hausnr.			
	PLZ und Wohnort			
	Tel. / Handy			
	e-mail			
<b>7.3</b>	Verwandtschaftsverhältnis			
	Vorname, Name			
	Straße, Hausnr.			
	PLZ und Wohnort			
	Tel. / Handy			
	e-mail			
<b>7.4</b>	Weitere Verwandte/Freunde bitte unter Pkt. 18. vermerken			
<b>8</b>	<b>Betreuer</b>			
	Vorname, Name			
	Straße und Hausnr.			
	PLZ und Wohnort			
	Telefon / Handy			
	e-mail			
	Bestellungsurkunden-Nr. und Amtsgericht			
<b>9</b>	<b>Versicherungsangaben</b>			
	Name der Kranken-/Pflegekasse:			
	Mitgliedsnr.:			
	Ist eine Pflegestufe bereits festgestellt worden?	<input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> nein Wenn ja: welche Stufe: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> Wenn nein: ist eine Pflegestufe beantragt? <input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> nein Datum der Antragsstellung: _____		
<b>10</b>	<b>Monatliches Einkommen</b> in Euro, netto			
	Altersruhegeld / Pension			
	Witwenrente / Pension			
	Kriegsopferrente			
	Betriebsrente			
	Mieteinnahmen			
	Bank-/Wertpapierzinsen			
	Sonstige Einkommen:			
Freigabe am: 05.02.2008	Bearbeitung	Version 1	Erstelldatum: 29.01.2008	Seite: 2 von 3
Durch: Kai Dettmer, HL	QM	C:\Dokumente und Einstellungen\kdettmer\Anwendungsdaten\Microsoft\Vorlagen\Normal.dot		

<b>11</b>	<b>Besteht ein Beihilfeanspruch</b>	<input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> nein wenn ja: wieviel %? _____
<b>12</b>	<b>Vermögensangaben</b>	
	Reichen die mtl. Einnahmen mit den Zuschüssen der Pflegeversicherung aus, um die mtl. Heimkosten zu begleichen?	<input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> nein
	Werden die Restkosten vom eigenen Vermögen gedeckt?	<input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> nein
	Ist ein Sozialhilfeantrag bereits gestellt worden für die Übernahme der restlichen Heimkosten?	<input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> nein Wenn ja: bei welchem Sozialamt: _____
<b>13</b>	<b>Gewünschte Unterbringung?</b>	<input type="radio"/> Vorzugsweise Einzelzimmer <input type="radio"/> Vorzugsweise Doppelzimmer
<b>14</b>	<b>Termin</b> Zu wann wird die Aufnahme gewünscht?	<input type="radio"/> so schnell wie möglich <input type="radio"/> ab _____
<b>15</b>	<b>Erfolgte schon früher eine Unterbringung in einer Pflege- oder ähnlichen Einrichtung?</b>	<input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> nein ⇒ Wenn ja: wann und wo?
<b>16</b>	<b>Gründe für die jetzige Heimaufnahme ?</b>	
<b>17</b>	<b>Ist der Aufzunehmende der Antragsteller</b>	<input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> nein
	Wenn nein, wer stellt den Antrag?	
	Beziehung zum Antragstellenden:	
	Vorname, Name	
	Straße und Hausnr.	
	PLZ Wohnort	
	Tel.: / Handy	
	e-mail	
<b>18</b>	Bemerkungen / Ergänzungen: (evtl. weitere Verwandte/Freunde, ggfs. Rückseite verwenden)	
<b>19</b>	Der vom Arzt ausgefüllte ärztliche Fragebogen liegt bei	<input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> nein
<b>20</b>	Besteht eine Privathaftpflicht	<input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> nein
<b>21</b>	Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:	

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Antragstellers**  
**Aufzunehmenden**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des**

( falls nicht identisch mit dem Antragsteller)

Freigabe am: 05.02.2008	Bearbeitung	Version 1	Erstelldatum: 29.01.2008	Seite: 3 von 3
Durch: Kai Dettmer, HL	QM	C:\Dokumente und Einstellungen\kdettmer\Anwendungsdaten\Microsoft\Vorlagen\Normal.dot		