

ID: 88	Anmeldung zur Heimaufnahme	Pflegeheim „Am Steinhof“	
Version: 2			
Nächste Revision: 31.07.2025	Mustervorlage		Allgemein

Anmeldung zur Heimaufnahme

<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> vorsorglich
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsname:
Geburtsort:	Familienstand:
Staatsangehörigkeit:	Konfession:
Wohnhaft:	
derzeitiger Aufenthalt, falls abweichend:	
Angehörige/Vorsorgebevollmächtigte/Betreuer: <small>weitere Angehörige/Vorsorgebevollmächtigte/Betreuer ggf. auf Rückseite</small>	
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon:	Telefon:
Handy:	Handy:
Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:
Hausarzt: <small>weitere behandelnde Ärzte ggf. auf Rückseite</small>	Pflegegrad:
Pflegekasse:	Versichertenr.:
Zuzahlungsbefreiung für aktuelles Jahr: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Reicht das Vermögen zur Deckung der laufenden Heimkosten aus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
gewünschte Unterbringung: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
Krankheiten, Diagnosen:	
Datum:	Unterschrift:

Bitte fügen Sie der Anmeldung eine Kopie der Vorsorgevollmacht bzw. des Betreuerausweis und eine Kopie des Pflegegradbescheides bei.

Diese Anmeldung hat ohne Rückmeldung des Antragstellers ein Jahr Gültigkeit, dann verfällt sie!

ID: 88	Anmeldung zur Heimaufnahme	Pflegeheim „Am Steinhof“	
Version: 2			
Nächste Revision: 31.07.2025	Mustervorlage	Allgemein	

bettlägerig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd	orientiert: <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> nie
Unruhezustände: <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> nie	gehfähig: <input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> mit folgendem Hilfsmittel _____ <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nicht gehfähig
Bemerkungen und Besonderheiten wie z.B. PEG-Sonde, ansteckende Krankheiten:	
Angehörige/Vorsorgebevollmächtigte/Betreuer: Name: Vorname: Anschrift: Telefon: Handy: Verwandtschaftsgrad:	Name: Vorname: Anschrift: Telefon: Handy: Verwandtschaftsgrad:
Name: Vorname: Anschrift: Telefon: Handy: Verwandtschaftsgrad:	Name: Vorname: Anschrift: Telefon: Handy: Verwandtschaftsgrad:
weitere behandelnde Ärzte: Name: Anschrift:	Fachgebiet:
Name: Anschrift:	Fachgebiet:
Name: Anschrift:	Fachgebiet:
Name: Anschrift:	Fachgebiet: