

# Anmeldung zur Heimaufnahme



*Haus am Brunnen  
Oberdorfstraße 1  
69253 Heiligkreuzsteinach-Lampenhain  
Tel.: 06220-91542-0  
Fax: 06220-91542-29  
www.haus-am-brunnen.de*

<b>Angaben zur aufzunehmenden Person</b>			
Name			
Geburtsname			
Vorname			
Geburtstag/Ort			
Familienstand, seit			
Konfession			
Staatsangehörigkeit			
bisherige Wohnadresse			
Telefon			
Aufenthalt zur Zeit (Krankenh., Zuhause etc.)			
Krankenkasse mit Adresse			
Versichertennummer			
Betreuer Name, Adresse, Telefon, Aufgabenkreise			
<b>Angaben zu den behandelnden Ärzten</b>			
Name, mit Titel			
Vorname			
Praxisadresse			
Fachgebiet			
Telefon Praxis			
Telefon			
Telefon Praxis			
Telefon Notfall			
Faxnummer			

## Angaben zu den Angehörigen oder Betreuern

Name, Vorname	
Adresse	
Telefon privat	
Telefon geschäftlich	
Telefon mobil	
E-Mail Adresse	
Verwandtschaftsverhältnis	
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)
pers. Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)
im Notfall zu benachrichtigen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Vorname	
Adresse	
Telefon privat	
Telefon geschäftlich	
Telefon mobil	
E-Mail Adresse	
Verwandtschaftsverhältnis	
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)
pers. Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)
im Notfall zu benachrichtigen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Vorname	
Adresse	
Telefon privat	
Telefon geschäftlich	
Telefon mobil	
E-Mail Adresse	
Verwandtschaftsverhältnis	
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)
pers. Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)
im Notfall zu benachrichtigen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<b>Allgemeine Angaben</b>						
Bewilligter Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> n. bek.
Antrag auf Pflegegrad wurde gestellt am						
Die Finanzierung des Heimaufenthaltes ist auf Dauer gesichert	<input type="checkbox"/> durch regelmäßiges Einkommen <input type="checkbox"/> durch vorhandenes Vermögen <input type="checkbox"/> durch Zuschuss der Pflegekasse <input type="checkbox"/> durch das zuständige Sozialamt <input type="checkbox"/> durch Zahlungen von ..... <input type="checkbox"/> Finanzierung ist noch ungeklärt					
Kostenzusage Sozialamt	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht					
Sozialhilfeantrag wurde gestellt am						
Anschrift des zuständigen Sozialamt, Aktenzeichen						
gewünschte Aufnahme am (bei Kurzzeitpflege von/bis)						
Grund für die Heimaufnahme						
erforderliche Diät	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?					
ansteckende Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?					
Behindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche Merkmale?					
Zuzahlungsbefreit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis:					
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)					
Bemerkungen, sonstiges						
<b>Ort</b>	<b>Datum</b>	<b>Unterschrift des Aufzunehmenden</b>				
<b>Ort</b>	<b>Datum</b>	<b>Unterschrift des Bevollmächtigten oder Betreuers</b>				