

# Heimaufnahmeantrag

( einschließlich Anlagen + Biographiebogen )



## Personalien

Name	Vorname	Geburtsname
Anschrift		
Geburtsdatum	Geburtsort	Telefon
Staatsangehörigkeit	Konfession	Familienstand
Derzeitiger Aufenthaltsort (falls von oberer Anschrift abweichend)	<input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Krankenhaus	<input type="radio"/> Reha-Klinik
Dauer des Aufenthalts: von:                                  bis:	Anschrift	Telefon

## Angehörige des Antragstellers

Name, Vorname	Verwandtschaftsgrad	Anschrift	Telefon (Festnetz / Handy)	Information in der Nacht?

Bitte kreuzen Sie die Angehörigen in der letzten Spalte an, die im Falle einer schweren Erkrankung auch nachts verständigt werden sollen.

## Amtliche Betreuung

Name, Vorname	Anschrift	Telefon
durch (Amtsgericht)	Beschlussdatum	Aktenzeichen
Wirkungskreis		

Falls keine amtliche Betreuung vorliegt:

Besitzen Sie eine Altersvorsorgevollmacht?      JA                                   NEIN

WENN JA: Name, Vorname des Bevollmächtigten	Anschrift des Bevollmächtigten	Telefonnummer des Bevollmächtigten
--	--------------------------------	------------------------------------

## Hausarzt

Name, Vorname	Anschrift	Telefon / Fax
---------------	-----------	---------------

## Krankenversicherung

Name	Anschrift	Mitgliedsnummer
Art des Versicherungsverhältnisses	<input type="radio"/> pflichtversichert <input type="radio"/> privatversichert	

## Pflegeversicherung

Name	Anschrift	
Sind Sie von der Pflegekasse bereits in eine Pflegestufe eingestuft?	<input type="radio"/> JA in Pflegestufe..... <input type="radio"/> NEIN	
Wenn Nein, wurde ein Antrag auf Einstufung gestellt?	<input type="radio"/> JA , am: <input type="radio"/> NEIN	

## Kostenträger

<input type="radio"/> Selbstzahler	<input type="radio"/> Sozialhilfeempfänger	
<b>Verpflichtungserklärung für Selbstzahler</b> Der Heimbewohner, sein Vertreter, Betreuer oder Vormund verpflichtet sich, bei Selbstzahlung der Heimkosten für die pünktliche Überweisung Sorge zu tragen. Sollten die Mittel des Heimbewohners zur Deckung der Heimkosten nicht ausreichen, wird die Differenz gezahlt von: ..... <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Name</span> <span>Anschrift</span> <span>Telefon</span> </div>		
<input type="radio"/> Pflegeversicherung	<input type="radio"/> Bewilligungsbescheid liegt bei	
<input type="radio"/> Sozialamt /Anschrift:	<input type="radio"/> Kostenübernahme liegt bei <input type="radio"/> Kostenübernahme wurde beantragt am:	

## Bankverbindung

Institut:
Bankleitzahl:
Kontonummer:

## Sonstige Angaben

Welches Aufnahmedatum wünschen Sie? (falls Aufnahme länger geplant)	
Besteht eine Befreiung von Zuzahlungen bei der Krankenkasse?	<input type="radio"/> JA , ab: <input type="radio"/> NEIN
Besteht eine Befreiung von Rundfunkgebühren?	<input type="radio"/> JA , bis: <input type="radio"/> NEIN
Besteht eine Ermäßigung im Telefondienst?	<input type="radio"/> JA , bis: <input type="radio"/> NEIN
Besteht Anspruch auf Beihilfe? (z.B. Post, Bahn, BW, BGS usw.)	<input type="radio"/> JA , bei: <input type="radio"/> NEIN
Wurde bei Ihnen bereits eine Inkontinenz ärztlich attestiert?	<input type="radio"/> JA , durch: <input type="radio"/> NEIN
Besitzen Sie eine Patientenverfügung?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Wenn NEIN, möchten Sie Informationen über Patientenverfügungen erhalten?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Welches Beerdigungsinstitut ist im Falle des Todes vorgesehen?	Name / Anschrift:
Wünschen Sie Kontakt zur ehemaligen Pfarrgemeinde?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Name/ Anschrift:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des Betreuers