



Tel.: 040 229411-0  
Fax: 040 229411-11

### Anmeldung zur Heimaufnahme

Familienname:

---

Vorname:

---

Straße:

---

PLZ, Wohnort:

---

Telefon:

---

Geburtsdatum:

---

Geburtsort:

---

Familienstand:

---

Konfession:

---

Staatsangehörigkeit:

---

zuletzt ausgeübter Beruf:

---

derzeitiger Aufenthalt:

---

#### **Pflegegrad**

liegt ein Pflegegrad vor:      ja      nein      wenn ja, welcher?      \_\_\_\_\_

ist ein Pflegegrad beantragt:      ja      nein      wenn ja, wann?      \_\_\_\_\_

und von wem?      \_\_\_\_\_

Bemerkung zum Pflegegrad:

**Angehörige**

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Wie verwandt: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Wie verwandt: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Liegt eine Betreuung vor:**      ja      nein      wenn ja

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:**

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Monatliches Einkommen**

Art des Einkommens: \_\_\_\_\_  
zahlende Stelle: \_\_\_\_\_  
Betrag: \_\_\_\_\_

**Die Heimkosten werden aufgebracht durch**

das oben aufgeführte Einkommen:	ja	nein
Zahlung aus Barvermögen:	ja	nein
das zuständige Sozialamt:	ja	nein

**Wer übernimmt die Klärung der restlichen/gesamten Heimkosten beim Sozialamt?**

Bewohner: \_\_\_\_\_

Angehörig: \_\_\_\_\_

Betreuer: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Unterbringung**

Einzelzimmer:	ja	nein
Doppelzimmer:	ja	nein
Dementenbetreuung:	ja	nein

**Für wann wird eine Aufnahme gewünscht?**

\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Angehörige/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Betreuer/in