

## Anmeldung zur Heimaufnahme

(bitte in Druckschrift ausfüllen)

Anmeldung / Vormerkung gewünscht für den ☐ Rüstigen Bereich ☐ Vollstationäre Pflege  
☐ Kurzzeit-Pflege ☐ Demenz Wohngruppe

Bevorzugter Einzugstermin: .....

Bevorzugte Unterbringung: ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer

Familienname: ..... Geburtsname: .....

Vorname: .....

Wohnung (Hauptwohnsitz): .....

Derzeitiger Aufenthalt: .....

Geboren am: ..... in: ..... Land/Staat: .....

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Konfession: ☐ evang. luth. ☐ röm. Kath. ☐ .....

Zuletzt ausgeübter Beruf: .....

Hausarzt/Name/Adresse/Tel. ....

### Bezugsperson/Angehörige (wie verwandt?):

1. Name, Vorname: .....

Adresse, Telefonnummer, wie verwandt: .....

2. Name, Vorname: .....

Adresse, Telefonnummer, wie verwandt: .....

Wer ist Ansprechpartner für das Pflegeheim? .....

Liegt eine Betreuung oder Vorsorgevollmacht vor? Kopie beilegen ☐ ja ☐ nein

Liegt eine Patientenverfügung vor? Kopie beilegen ☐ ja ☐ nein

Pflegeeinstufung: ☐ ist beantragt ☐ wird beantragt ☐ die Höherstufung ist beantragt  
☐ keine ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5

Datum des Einstufungsbescheides der Pflegekasse: .....

Adresse der Krankenkasse: .....

Versicherungsnummer: .....

Versicherungsverhältnis: ☐ Rentner ☐ familienversichert ☐ privatversichert ☐ Beihilfe

Befreit von Medikamentenzuzahlung: ☐ ja ☐ nein ☐ ist beantragt

Sind Sie beihilfeberechtigt? ☐ ja ☐ nein

Adresse und Telefon der Beihilfestelle: .....

Die Heimkosten werden aufgebracht durch (Mehrfachnennung möglich):

- ☐ durch eigenes Einkommen; monatliche Rente; Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch usw.)
- ☐ Zahlung von Dritten (Kostenverpflichtungserklärung liegt bei)
- ☐ durch die Krankenkasse / Pflegekasse
- ☐ das zuständige Sozialamt: Bezirk Mittelfranken, Sozialhilfeverwaltung, Postfach 617, Danziger Str. 5, 91522 Ansbach, Tel. 0981 / 9504270

Die Kostenübernahme durch die Sozialhilfe ☐ ist bereits beantragt ☐ wird beantragt

Rechnungsempfänger (Name, Adresse, Tel.nr.): .....

**Erklärung:** Die an mich adressierten Heimkostenabrechnungen sollen der vorgenannten Person zugesandt werden. Ich bin damit einverstanden, dass dorthin Mitteilungen gemacht werden über den Stand des Verwahrgeldkontos und über evtl. ausstehende oder überzahlte Heimkosten.

**Ggf. abweichender zuständiger Ansprechpartner für das Bewohnerverwahrgeldkonto (Name, Adresse, Tel.Nr.):**

**Kostform:** ☐ Vollkost ☐ Diät, welche ? .....  
☐ Sondenernährung

**Ärztliche Beurteilung:** ☐ liegt bei .....  
☐ wird bis ..... nachgereicht.

Diese Anmeldung wird erst mit der Unterzeichnung eines Reservierungs- oder Heimvertrags verbindlich. Alle gemachten Angaben entsprechen den Tatsachen.

**Im Falle einer vorsorglichen Anmeldung für eine eventuelle, spätere Heimaufnahme bitten wir Sie diese Vormerkung 1/2 jährlich zu verlängern.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

.....  
Bearbeiter- Einrichtung

**Wie wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam:**

- ☐ durch die Überleitungspflege des Krankenhauses
- ☐ das Seniorenheim war mir bekannt
- ☐ durch Bekannte und Verwandte
- ☐ Internet