

## *Anmeldung zur Heimaufnahme*

**Telefon 09722/508-1621**  
**Telefax 09722/508-1629**  
**E-Mail info@kah-werneck.de**

1. Zuname (Familiename, bei Frauen bitte auch den Geburtsnamen) \_\_\_\_\_

2. Vorname(n) – Rufnamen unterstreichen \_\_\_\_\_

3. Wohnung (mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_

5. Geburtstag \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

6. Familienstand \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

7. Konfession \_\_\_\_\_

8. Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

9. Berufstätigkeit vor der Pension / Rente \_\_\_\_\_

10. Anschrift der nächsten Verwandten/Angehörigen

**Name** \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

11. E-Mail-Adresse für Rechnungsversand: \_\_\_\_\_

12. Krankenkasse \_\_\_\_\_

13. Derzeitiger Hausarzt, Anschrift \_\_\_\_\_

14. Liegt Rezeptmittelbefreiung vor? Ja  Nein

15. Monatliches Einkommen (bei Kurzzeitpflege nicht notwendig):  
 Art des Einkommens: \_\_\_\_\_ Euro: \_\_\_\_\_

Sparvermögen\*  bzw. Haus-/ Grundbesitz vorhanden Ja  Nein

\*Sparvermögen nur angeben, wenn die anfallenden Heimkosten nicht durch das monatliche Einkommen und die Leistungen aus der Pflegeversicherung gedeckt sind

Nachweise über Vermögen liegen bei  werden nachgereicht

Beihilfeberechtigt: Ja  Nein  wenn ja, Zahlstelle: \_\_\_\_\_

16. Gewünschte Unterbringung ab \_\_\_\_\_  
 (kann bei Kurzzeitpflege nicht immer berücksichtigt werden)

Einzelzimmer  Beschützende Abteilung   
 (z. B. bei Weglaufgefährdung)

Doppelzimmer

17. Gerichtlich bestellter Betreuer oder Bevollmächtigter (Name, Anschrift, Telefon)  
 \_\_\_\_\_

18. Besteht eine Vorsorgevollmacht Ja  **Bitte beifügen** Nein

19. Besteht eine Patientenverfügung Ja  **Bitte beifügen** Nein

20. Gibt es Wünsche für den Fall einer gesundheitlichen Krise und/oder des Versterbens?  
 \_\_\_\_\_

21. Richterlicher Unterbringungsbeschluss für Beschützende Abteilung

liegt bei  wird nachgereicht  Nein

22. Pflegebedürftigkeit:

nicht pflegebedürftig  Pflegegrad\* \_\_\_\_\_ \*Bitte Kopie des Bescheids beifügen

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt:

Ja  Noch kein Bescheid  Nein

23. Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? Ja  Nein

24. Telefonanschluss gewünscht? Ja  Nein

25. Woher haben Sie von unserer Einrichtung erfahren? \_\_\_\_\_

Den vom Arzt ausgefüllten Fragebogen lege ich bei / reiche ich **vor** Einzug nach

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Antragstellers