|  |
| --- |
| **BITTE FREILASSEN (wird vom Seniorenzentrum ausgefüllt)** |
| **Anmeldedatum:** |       | **[ ]  V** | **[ ]  E** |
| **Aufnahmedatum:** |       [ ]  KZP nach KH- Aufenthalt |
| **[ ]  KZP:** |       | - |       |
| **[ ]  VHP:** |       | - |       |
| **[ ]  VST:** |       | - |       |
| **Zimmer Nr.:** |       | **[ ]  EZ**  | **[ ]  DZ** |
| **Pflegegrad:** | **[ ]  keiner [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 [ ]  A** |

**Anmeldung**

**zur Aufnahme**

**(Zutreffendes bitte ankreuzen** **[x]**

 **bzw. ausfüllen)**

|  |
| --- |
| **gewünschter Aufnahmetermin:** |
|       |
| **gewünschte Einrichtung:** |
|       |

|  |
| --- |
| 1. **persönliche Daten**
 |
| Name & Vorname: |       | Geburtsname: |       |
| Geburtsdatum: |       | Geburtsort: |       |
| Straße: |       | PLZ & Wohnort: |       |
| Telefon: |       | Konfession: |       |
| Familienstand: |       | Staatsangehörigkeit: |       |

|  |
| --- |
| 1. **Aufenthaltsort zurzeit**
 |
| [ ]  z. B. Krankenhaus (Bezeichnung): |       [ ]  KZP nach KH- Aufenthalt  |
| [ ]  eigene Wohnung, Anschrift s. o. |       |
| [ ]  sonstiges: |       |

|  |
| --- |
| 1. **Betreuung\* [ ]  / Vollmacht\* [ ]  Patientenverfügung vorhanden\*** [ ]
 |
| Name Betreuer / In, Bevollmächtigte / r: |       |
| Anschrift: |       |
| Telefon: |       |

\* falls vorhanden, bitte Urkunden / Nachweise beifügen!

|  |
| --- |
| 1. **Angehörige**
 |
| **1.** | Name: |       | Verwandtschaftsgrad: |       |
| Anschrift: |       |
| Telefon: |       | mobil: |       |
|  e Mail: |       |  |  |
| **2.** | Name: |       | Verwandtschaftsgrad: |       |
| Anschrift: |       |
| Telefon: |       | mobil |       |
|  e Mail: |       |  |  |
|  |  |
| 1. **Hausarzt**
 | [ ]  bereits vorhanden [ ]  übernimmt Versorgung ab Einzug  |
| Name:       | Telefon:       |
| Anschrift:       |
|  |
| 1. **Krankenkasse**
 | [ ]  gesetzlich [ ]  privat |
| Name / Bezeichnung: |       |
| Anschrift: |       |
| Versichertennummer: |       |
| Pflegeeingruppierung \*:\* falls vorhanden, bitte Eingruppierungsbescheid beifügen!  | [ ]  1 | [ ]  2 | [ ]  3 | [ ]  4 | [ ]  5 |
| [ ]  keine  | [ ]  Antrag Eingruppierung | [ ]  Antrag Höhergruppierung |
| [ ]  Leistungen nach §39c SGB XII |  |  |
| [ ]  Zuzahlungsbefreiung | [ ]  Beihilfeberechtigung [ ]  Zusatzversicherung:       |

|  |
| --- |
| 1. **Finanzierung des Eigenanteils (Heimkosten)**
 |
| [ ]  eigenes Vermögen /Einkommen [ ]  Betriebsrente  |
| [ ]  Sozialhilfe (örtlicher Sozialhilfeträger) |
| [ ]  Kriegsopferfürsorge (überörtlicher Sozialhilfeträger) |
| [ ]  Sonstiges:       |
| **ERKLÄRUNG:**Ich bestätige, die Informationen zur Gewährung von Sozialhilfe & Wohngeld zur Kenntnis genommen zu haben. Aufgrund der aktuellen Einkommens- und Vermögenssituation sindSozialhilfeanträge zu stellen: [ ]  nein [ ]  ja Wohngeldanträge zu stellen: [ ]  nein [ ]  ja |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Rechnungsanschrift**
 |  |
| [ ]  siehe Betreuung | [ ]  siehe Angehörige 1.) | [ ]  siehe Angehörige 2.) |
| Name: |       |
| Anschrift: |       |
| Telefon: |       | eMail: |       |
| [ ]  Lastschrifteinzug \* bitte anliegende Einzugsermächtigung ausfüllen! |

|  |
| --- |
| 1. **Hinweise / Bemerkungen / Sonstiges**
 |
|       |
|       |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum:       | Name Antragsteller: |       |
| Unterschrift Antragsteller: |  |