

Anmeldung zur Heimaufnahme

gemeinnützige Pflege- und
Betreuungsgesellschaft mbH
Röntgenstr. 34
21365 Adendorf
Tel.: 04131 / 988 -0
E-Mail:
heimleitung@altenheim-adendorf.de

Antragsteller

Name _____

Vorname _____

Geborene/r _____

Geb.-Datum _____ Geburtsort _____

Wohnsitz

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

derzeitiger Aufenthalt (z. B. Krankenhaus, Einrichtung o. Ä.)

Familienstand ledig getrennt lebend Lebensgemeinschaft

seit (Jahr) _____ verheiratet geschieden verwitwet

Konfession ev.-luth. röm.-kath. sonstige

Staatsangehörigkeit _____

Kontaktperson Betreuerin Vollmacht Patientenverfügung

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Wirkungskreis _____

Aufnahme

(wird von der Heimleitung ausgefüllt)

Datum

Bewohner-Nr.

Kurzzeitpflege

Vollzeitpflege



Anmeldung zur Heimaufnahme

Seite 2/2

1. Angehörige/r

Telefon

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

wie verwandt _____

2. Angehörige/r

Telefon

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

wie verwandt _____

3. Angehörige/r

Telefon

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

wie verwandt _____

Hausarzt

Telefon

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Krankenkasse / Pflegekasse

Telefon

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Vers.-Nr. _____

Pflegegrad _____ seit _____

Rezeptgebührenbefreiung

Ja

Nein

Kostenträger

Selbstzahler

Sozialhilfe

sonstige

Gewünschte Unterbringung

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Datum, Ort _____

Unterschrift Aufzunehmende/r oder Antragsteller/in _____