



**Kreisalten- und
Pflegeheim Werneck**
gemeinnützige Betriebs-GmbH

**Anmeldung zur
Heimaufnahme**

Spitalstrasse 2 – 4
97440 Werneck
Telefon: 09722/508-0
Telefax: 09722/508-16 29
E-Mail: info@kah-werneck.de
Home: www.kah-werneck.de

*Ihre Angaben werden ausschließlich für
die Heimaufnahme und die spätere Pflege,
Betreuung und Versorgung erhoben. Sie
werden streng vertraulich behandelt.*

1. Zuname (Familiename, bei Frauen
bitte auch Geburtsname) _____
2. Vorname(n) – Rufname bitte unterstreichen _____
3. Wohnung (mit Hauptwohnsitz polizeilich
gemeldet) _____

4. Derzeitiger Aufenthalt _____
5. Geburtstag _____ in _____
6. Familienstand _____ seit _____
7. Konfessionszugehörigkeit _____
8. Staatsangehörigkeit _____
9. Als was waren Sie vor Pension/Rente
berufstätig ? _____
10. Anschrift der nächsten Verwandten/Angehörigen
Name _____ Vorname _____
PLZ _____ Wohnort: _____ Straße _____
Verwandtschaftsverhältnis _____ Telefon _____
Name _____ Vorname _____
PLZ _____ Wohnort: _____ Straße _____
Verwandtschaftsverhältnis _____ Telefon _____
Name _____ Vorname _____
PLZ _____ Wohnort: _____ Straße _____
Verwandtschaftsverhältnis _____ Telefon _____

11. Krankenkasse _____

12. Derzeitiger Hausarzt, Anschrift _____

13. Monatliches Einkommen: _____ (bei Kurzzeitpflege nicht notwendig)

Art des Eink.: _____ Zahlstelle: _____ Euro: _____

Art des Eink.: _____ Zahlstelle: _____ 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: _____

14. Gewünschte Unterbringung ab _____
(kann bei Kurzzeitpflege nicht immer berücksichtigt werden)

Einzelzimmer Beschützende Abteilung

Doppelzimmer (z. B. Weglaufgefährdung)

15. Gerichtlich bestellter Betreuer oder Bevollmächtigter
(Name, Anschrift, Telefon) _____

16. Richterlicher Unterbringungsbeschluss für Beschützende Abteilung

liegt bei wird noch nachgereicht Nein

17. Pflegebedürftigkeit:

nicht pflegebedürftig Pflegestufe* _____ *Bitte Kopie des Bescheids beifügen

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt:

Ja Noch kein Bescheid Nein

18. Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? _____

19. Liegt Rezeptmittelbefreiung vor? _____

Den vom Arzt ausgefüllten Fragebogen lege ich bei / reiche ich nach.

20. Telefonanschluss gewünscht? Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers