



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. Krankenkasse _____
12. Derzeitiger Hausarzt, Anschrift _____
13. Liegt Rezeptmittelbefreiung vor? Ja Nein



Kreisalten- und Pflegeheim
Werneck
Qualitätshandbuch

7. 2 Heimaufnahme

Geltungsbereich:
Verwaltung

7.2.1 Anmeldung zur Heimaufnahme FM 011/B

14. Monatliches Einkommen (bei Kurzzeitpflege nicht notwendig):

Art des Einkommens: _____ Euro: _____

Art des Einkommens: _____ Euro: _____

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: _____

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

Einzelzimmer Beschützende Abteilung

(z. B. bei Weglaufgefährdung)

Doppelzimmer

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

17. Richterlicher Unterbringungsbeschluss für Beschützende Abteilung

liegt bei wird nachgereicht Nein

18. Pflegebedürftigkeit:

nicht pflegebedürftig Pflegegrad* _____ *Bitte Kopie des Bescheids beifügen

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt:

Ja Noch kein Bescheid Nein

19. Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? Ja Nein

20. Telefonanschluss gewünscht? Ja Nein

21. Woher haben Sie von unserer Einrichtung erfahren? _____

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

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ersteller: QM-Zirkel 1	Freigabe: VWL	Gültig: 09.01.2017
REV: B	Datei: G/QM-Werneck	Seite 2 von 2