



## Anmeldung zur Aufnahme ins Pflegeheim

(unverbindliche Anmeldung, doch Aufnahme auf Interessentenliste)

Gewünschte Einrichtung:

**Pauline-Krone-Heim**    **Servicehaus Bürgerheim**    **Pflegeheim Pfrondorf**

**Anmeldung zur:**    vollstationären Pflege:    vorsorglich    sobald wie möglich    sofort

Kurzzeitpflege für den Zeitraum: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Zimmerkategorie:**

Einzelzimmer    Doppelzimmer    Doppelzimmer als Übergangsmöglichkeit

**Eingestuft in Pflegegrad:**    1    2    3    4    5   Einstufungsantrag gestellt:    ja    nein

Pflegegrad besteht seit: \_\_\_\_\_

Höherstufungsantrag gestellt:  ja

**Persönliche Angaben der Interessentin/des Interessenten:**

**Vor- und Nachname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort/-land:** \_\_\_\_\_

**Ggf. Geburtsname:** \_\_\_\_\_ **Konfession:** \_\_\_\_\_

**Beruf/ausgeübte Tätigkeit:** \_\_\_\_\_ **Familienstand:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

Falls **derzeitiger Aufenthaltsort** vom Hauptwohnsitz abweicht, z.B. Klinik, Reha, Aufenthalt bei Angehörigen:

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon (wenn bekannt):** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse, Versichertenr.:** \_\_\_\_\_

Name und Ort des **Hausarztes:** \_\_\_\_\_

Wird der bisherige Hausarzt die Betreuung im Heim weiterführen:    ja    nein    noch unklar

## 1. Angehörige/r, Kontaktperson:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Vorsorge-/Generalvollmacht vorhanden

Betreuung eingerichtet

Zuständigkeitsbereich der Vollmacht/Betreuung: \_\_\_\_\_

## 2. Angehörige/r, Kontaktpersonen:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Vorsorge-/Generalvollmacht vorhanden

Betreuung eingerichtet

Zuständigkeitsbereich der Vollmacht/Betreuung: \_\_\_\_\_

Gibt es weiter Angehörige?:  nein  ja, bitte auf Extrablatt notieren

Ist eine **Patientenverfügung** vorhanden:  ja  nein

**Befreiung von Rezeptgebühren:**  ja  nein **Schwerbehindertenausweis:**  ja  nein

**Werden Hilfsmittel mitgebracht:**  nein  ja, und zwar:

Brille  Hörgerät  Zahnprothese:  oben  unten

Rollstuhl und/oder  Rollator  ist geliehen oder  ist Eigentum

und: \_\_\_\_\_

**An wen soll der Vertrag und die Rechnung zugesandt werden?**

\_\_\_\_\_

**Sonstige Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Interessenten: \_\_\_\_\_