



Anmeldung zur Heimaufnahme

Vollstationär/Dauervertrag gewünscht ab dem _____

Kurzzeitpflege von _____ bis _____

1. Angaben der aufzunehmenden Person	
Name	
Vorname	
Geburtsdaten	Geboren am: _____ in: _____
Anschrift (Straße/Hausnummer/ PLZ/Ort)	
Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> sonstiges: _____
Konfession	<input type="radio"/> evangelisch <input type="radio"/> römisch-katholisch <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> andere: _____
Kontaktdaten	Telefon: _____ Mobil: _____
	E-Mail: _____
Kranken- und Pflegekasse	Name der Krankenkasse: _____
	Krankenversicherungsnummer: _____
	Zuzahlungsbefreiung <input type="radio"/> Ja (bitte Bescheid beifügen) <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> beantragt
Pflegegrad	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> keinen, beantragt am: _____
Schwerbehinderung	Ich besitze einen Schwerbehindertenausweis <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein (wenn ja: Bitte senden Sie uns einen Nachweis in Kopie mit)
Hausarzt*in	Name: _____
	Anschrift: _____
	Telefon: _____
	Fax-Nummer: _____
	Weiterbehandlung durch meine*n Hausarzt*in im Hufeland-Haus möglich? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein



Gesetzliche Betreuung/Vorsorgevollmacht	Es liegt eine gesetzliche Betreuung/Vorsorgevollmacht vor <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein (wenn ja: Bitte senden Sie uns einen Nachweis in Kopie mit)
	Name:
	Anschrift:
	Telefon: Mobil:
Patientenverfügung	Fax-Nummer:
	Es liegt eine Patientenverfügung vor <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein (wenn ja: Bitte senden Sie uns einen Nachweis in Kopie mit)

2. Angaben zu Angehörigen/Bezugspersonen		
	Person 1	Person 2
Beziehungs-/Verwandtschaftsverhältnis		
Name/Vorname		
Anschrift		
Telefon	Telefon:	Telefon:
	Mobil:	Mobil:
E-Mail		

Folgende Anlagen sende ich gerne mit:

- Kopie eines aktuellen Arztbriefes
- Selbstauskunftsbogen
- ggf. Kopie des Nachweises über die gesetzliche Betreuung/Vorsorgevollmacht
- ggf. Kopie des Sozialhilfebescheids
- ggf. Kopie des Schwerbehindertenausweises

Ort/Datum_____
Unterschrift der*des
Interessent*in_____
Ggf. Unterschrift der
rechtlichen Vertretung**Bitte beachten Sie, dass dies eine unverbindliche Anmeldung ist.****Eine verbindliche Zusage kann erst nach Prüfung aller Unterlagen und nach einem Hausbesuch erfolgen.**