



# 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)
Hausärzt:in	Name: _____
	Anschrift: _____
	Telefon: _____
	Fax-Nummer: _____
	Weiterbehandlung durch meine:n Hausärzt:in im Hufeland-Haus möglich? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein



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

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

<b>3. Angaben zur Covid-Schutzimpfung</b>		
	<b>Datum des Erhalts</b>	<b>Angewandter Impfstoff</b>
1. Schutzimpfung		
2. Schutzimpfung		
3. Schutzimpfung		
4. Schutzimpfung		

Folgende Anlagen sende ich gerne mit:

- Kopie eines aktuellen Arztbriefes
- Kopie eines Sozialhilfebescheids
- Selbstauskunftsbogen
- Kopie des Schwerbehindertenausweises
- Kopie des Impfnachweises zusammen mit einer Kopie des Personalausweises auf einem Dokument
- Kopie des Nachweises über die gesetzliche Betreuung/Vorsorgevollmacht

\_\_\_\_\_  
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.**