



Holzhausener Str. 22

39629 Bismark

Tel.: 039089/916

Fax: 039089/91700

# Antrag / Anmeldung zur Heimaufnahme

(Teil I)

vorsorglich:

dringend:

Langzeitpflege:  \_\_\_\_\_

Kurzzeitpflege:  \_\_\_\_\_

oder Verhinderungspflege

1. Name (Geburtsname): \_\_\_\_\_

2. Vorname: \_\_\_\_\_

3. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Berufe und Tätigkeiten früher? \_\_\_\_\_

4. Familienstand:

ledig

= bitte ankreuzen

verheiratet

seit: .....

verwitwet

seit: .....

geschieden

seit: .....

5. Konfession:

evangelisch

katholisch

konfessionslos

andere \_\_\_\_\_

6. Staatsangehörigkeit:

deutsch

und.....

7. Adresse:

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

8. Momentaner Aufenthaltsort:

Name des Krankenhauses oder Heimes \_\_\_\_\_

Anschrift des Krankenhauses oder Heimes \_\_\_\_\_

9. Angehörige:

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

①

PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Wie verwandt? .....

Telefon privat \_\_\_\_\_

dienstlich \_\_\_\_\_

E-Mail privat \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**

### 9. Angehörige:

② \_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname  
\_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.  
Wie verwandt? .....  
Telefon privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname  
\_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.  
Wie verwandt? .....  
Telefon privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

### 10. Betreuer/Bevollmächtigter:

(gerichtlich bestellt!)

\_\_\_\_\_ Vor- und Zuname  
\_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.  
Telefon privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

### 11. Vorsorgevollmacht:

\_\_\_\_\_ Vor- und Zuname  
\_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.  
Telefon privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

### 12. Pflegekasse:

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

12.1 Anschrift d. Pflegekasse: \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

### 13. Hausarzt:

\_\_\_\_\_ Name  
\_\_\_\_\_ Anschrift  
\_\_\_\_\_ Telefon

### 14. Pflegegrad:

vorhanden	<input type="radio"/>	wenn ja, Grad ? 1	<input type="radio"/>
ambulant	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>
stationär	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>
beantragt am:	_____	4	<input type="radio"/>
evt. Widerspruch seit ?	_____	5	<input type="radio"/>

### 15. Hilfsmittel:

Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rollator	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

### 16. Hinweise, Wünsche, Ergänzungen

Ich erteile die Zustimmung, dass die in diesem Antragsformular enthaltenen personenbezogenen Daten, die für die Abwicklung des Antrages nötig sind, erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller oder Bevollmächtigte/r