

- Stationäre Pflege**       **Tagespflege**  
 **Kurzzeitpflege vom** \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben zur aufnehmenden Person**

Name:	Geburtsname:
Vorname(n):	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Adresse:	
Familienstand:	Konfession:
Derzeitiger Aufenthalt:	
Staatangehörigkeit:	Muttersprache:
Vollmacht ausgestellt auf:	
Gesetzlicher Betreuer:	
Patientenverfügung:	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Werden Sie durch einen ambulanten Dienst betreut? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welcher? _____	
Vorheriger stationärer Heimaufenthalt: <input type="checkbox"/> ja wo? _____ <input type="checkbox"/> nein	
Kostenträger: Sozialhilfe bereits bezogen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Hausarzt**

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Telefax:

E-Mail-Adresse:

Ärztliche Betreuung weiterhin?

- ja       nein

Seiten 1 -3	erstellt	evaluiert	freigegeben
Name	Joanna Spychalski		Martin Leynar
Datum	12.06.2025.		12.06.2025

**Krankenkasse**

gesetzlich

privat

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Telefax:

E-Mail-Adresse:

Versicherungsnummer:

Derzeitiger Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Erhöhung beantragt:  ja  nein

Zuzahlungsbefreit:  ja bis: \_\_\_\_\_  nein

Beihilfeanspruch:  ja  nein

**Angehörige**

1. Name, Vorname:

Verwandtschaftsverhältnis:

Adresse:

Telefonnummer:

Mobil:

E-Mail-Adresse:

2. Name, Vorname:

Verwandtschaftsverhältnis:

Adresse:

Telefonnummer:

Mobil:

E-Mail-Adresse:

Seiten 2 -3	erstellt	evaluiert	freigegeben
Name	Joanna Spychalski		Martin Leynar
Datum	12.06.2025.		12.06.2025

**Betreuer (nach Betreuungsrecht) oder Vorsorge- und Generalvollmacht**

Betreuerausweis liegt vor:  ja  nein

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Mobil:

E-Mail-Adresse:

**Zuständige für die finanziellen Angelegenheiten**

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Mobil:

E-Mail-Adresse:

**Gewünschter Einzugstermin:**

Ergänzungen/ Bemerkungen:

---

---

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

**Möchten Sie Ihre Anmeldung zur Heimaufnahme zurückziehen, bitten wir um umgehende  
Benachrichtigung unter der Telefonnummer: 09342/903-0**

**Danke!**

Seiten 3 -3	erstellt	evaluiert	freigegeben
Name	Joanna Spychalski		Martin Leynar
Datum	12.06.2025.		12.06.2025