

## Anmeldung zur Heimaufnahme

**Seniorenhaus:** St. Klara

Dauerpflege  Kurzzeitpflege  ab: \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Einzelzimmer  Doppelzimmer

---

---

### 1. Bewohner

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

geborene (Geburtsname): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Abweichende Adresse, falls z.Zt. nicht zu Hause (Krankenhaus, Pflegeheim etc.):  
\_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand: ledig  verheiratet seit: \_\_\_\_\_ geschieden seit: \_\_\_\_\_

verwitwet seit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

---

---

### 2. Angehörige

Name: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

---

---

### 3. Betreuer / Bevollmächtigter / Patientenverfügung

(bitte Kopie des Bescheids vom Vormundschaftsgericht oder Vollmacht beilegen):

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Betreuung für:

Vermögenssorge  Gesundheit  Aufenthaltsbestimmung  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung vorhanden? ja  nein

**4. Hausarzt:**

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Weitere Betreuung durch oben genannten Arzt möglich: Ja  Nein

---

---

**5. Krankenkasse:**

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Begutachtung für den stationären Bereich durch den MDK ist:

Noch nicht erfolgt:  Beantragt:  Bereits erfolgt:

Festgestellter Pflegegrad für den stationären Bereich:

Pflegegrad 1  Pflegegrad 2  Pflegegrad 3

Pflegegrad 4  Pflegegrad 5

Hinweis: Kosten für Betreuungsleistungen nach § 43b SGB XI werden von der Kasse übernommen. Bei Privatversicherten erfolgt eine Rückerstattung durch die Kasse.

Liegt eine Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen für das laufende Jahr vor?

Ja  Nein

---

---

**6. Finanzierung der Heimkosten**

Rente: \_\_\_\_\_ € (Kopie Rentenbescheid) Barvermögen: Ja  Nein

Sozialhilfe: Ja  (Bitte Bescheid beifügen) Nein  Beantragt: Ja  Nein

Zuständiges Sozialamt, Anschrift: \_\_\_\_\_

Rechnungsstellung an: \_\_\_\_\_

SEPA-Basislastschrift erteilt am: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift des Aufzunehmenden, falls nicht Personengleichheit mit Antragsteller besteht