



Anmeldung zur Aufnahme

Haus Leonie

Haus Tannenhof

Wir bitten Sie, alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Vielen Dank!

Name	Vorname	Geburtsdatum
Geburtsname	Geburtsort	Geburtsland
Familienstand	Konfession	Staatszugehörigkeit

Wohnsitz

Anschrift	PLZ	Ort
-----------	-----	-----

Derzeitiger Aufenthaltsort

Name des Krankenhauses / der Pflegeeinrichtung		
Anschrift	PLZ	Ort

Ehepartner / Lebenspartner

Name	Vorname	Eheschließung am	Telefon-Nummer
Anschrift		PLZ	Ort
eMail			

Kinder (Anzahl)

Volljährig (___)

Minderjährig (___)

Verstorben (___)

Verwandte und Angehörige

Name	Vorname	Verwandtschaftsgrad	Telefon-Nummer
Anschrift		PLZ	Ort
eMail			

Name	Vorname	Verwandtschaftsgrad	Telefon-Nummer
Anschrift		PLZ	Ort
eMail			

Betreuer Gesetzlicher Betreuer vorhanden ja nein
(Falls ja, bitte ausfüllen)

Name	Vorname	Telefon-Nummer
Anschrift		Ort
eMail		

Krankenkasse / Pflegekasse

Name	Versicherungs-Nummer
Versicherungsverhältnis (z.B. Renner, gesetzlich, freiwillig, familienversichert usw.)	

Zuzahlungsbefreiung (Krankenkasse) vorhanden ja nein

Hausarzt

Name	Telefon-Nummer
Anschrift	Ort

Einkommen und Vermögen

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Höhe in EUR

Art des Vermögens	Im Besitz von / bei	Höhe in EUR

Kostenträger (bitte ankreuzen – Mehrfachankreuzungen möglich)

Oben aufgeführtes Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen (oben aufgeführt)

<input type="checkbox"/> Sonstige Zahlung von	<input type="checkbox"/> Durch das zuständige Sozialamt (Name/Anschrift)
---	--

Die Kostenübernahmezusage (Sozialamt etc.) ist vorhanden

ja nein

Und wurde erstellt durch _____

Die Kostenverpflichtungserklärung

liegt bei

wird nachgereicht

muss beantragt werden

wurde beantragt am _____

Gewünschte Unterbringung

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Diät (Bitte machen Sie Angaben zu einer erforderlichen Diät)

Welche	Wann

Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme beantragt?

War der/die Aufzunehmende schon einmal in einer ähnlichen Einrichtung untergebracht?

Name der Einrichtung	Wann (Zeitraum)	Warum ausgeschieden?

Antragsteller für den Aufzunehmenden (Falls Antragsteller nicht der Aufzunehmende ist)

Name	Vorname	Telefon-Nummer
Anschrift	PLZ	Ort

In welcher Eigenschaft? Vormund

Betreuer

Sonstige _____

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben sind wahrheitsgemäß. **Die vom Arzt ausgefüllten Fragebögen liegt bei.**

Einwilligungserklärung Datenschutz (Bitte ankreuzen, wenn Sie zustimmen)

Ich stimme freiwillig zu, dass zur Erfüllung der vertraglichen Leistungspflichten meine erhobenen, personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet sowie an notwendige Dritte (Pflegekassen, Apotheken, Ärzte etc.) versendet werden dürfen. Die Daten werden entsprechend der Schweigepflicht vertraulich behandelt. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit für nachfolgend zukünftige Handlungen widerrufen werden.

Ja, ich stimme zu

Ort, Datum

Unterschrift des
Antragstellers

Wenn nicht personengleich,
Unterschrift des Aufzunehmenden