

**1. Grunddaten**

1 Titel: ..... 2 Nachname: .....

3 Vorname: ..... 4 Geburtsname: .....

5 Geburtsdatum: ..... 6 Geburtsort: .....

7 Familienstand: ..... 8 Staatsangehörigkeit: .....

9 Konfession: .....

10 Größe: ..... 11 Haarfarbe: .....

12 Gewicht: ..... 13 Augenfarbe: .....

14 Statur: .....

**2. Adresse**

**1 Letzte Meldeadresse vor der Heimaufnahme**

2 Straße: ..... 3 Ort: .....

4 Bundesland: ..... 5 Telefonnummer: .....

6 Gegenwärtiger Aufenthaltsort: .....

.....

**3. Bezugsperson**

**1 Angaben zur Bezugsperson**

Name, Vorname	Adresse, Telefonnummer	Beziehungsart	Erhält Rechnung	Betreuung / Vollmacht
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

**2 Betreuungsverhältnis**

3 Name des Betreuers: .....

4 Angabe des Aufgabenkreises: .....

5 Betreuerbestellung: .....

6 Unterlagen vorgelegt: 6a  nein 6b  ja

7 Betreuung angeregt: 7a  nein 7b  ja 7c Datum: .....

**Angaben zur Bestattung**

8 Liegt ein Vorsorgevertrag vor: 8a  nein 8b  ja 8c Datum: .....

9 Bestattungsinstitut: .....

10 Friedhof/Ort: .....

11 Bestattungsart: .....

**4. Gewünschte Unterbringung**

1  Einbettzimmer    2  Junge Pflegebedürftige    3  Rollstuhl/elektr. Rollstuhl

**5. Krankenkasse**

1 Bezeichnung der Krankenkasse: .....

2 Adresse der Krankenkasse: .....

3 Mitgliedsnummer: .....

4 zuständiger Sachbearbeiter: .....

5 Telefonnummer: .....

**6. Monatliches Nettoeinkommen**

	Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag	Rentenvers. Nr.	Unterlagen liegen vor:
1	Altersrente / Pension				
2	Blindenrente				
3	Unfallrente				
4	Witwenrente				
5	Lebensversicherung				
6	Kriegsopfer/Beihilfe				
7	Einnahmen aus Miete/Pacht				
8	Sonstiges				

**7. Übernahme des Heimentgelts**

1  Aus oben aufgeführten monatlichen Einkommen

2  Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)

3  Zahlungen von Dritten: .....

4  Durch das zuständige Sozialamt: .....

5  Sozialhilfeantrag erforderlich: .....

6  Antrag erfolgt durch: .....

**8. Bankverbindung**

1 Bank: .....

2 Konto-Nr.: ..... 3 BLZ: .....

**9. Befreiungen**

1  Fahrtkosten

2  Medikamentenzuzahlungen

3  Heil- und Hilfsmittel

4  Rundfunkgebühren      Rundfunkteilnehmer-Nr.:

Unterlagen liegen vor:

**10. Pflegekasse**

1 Bezeichnung der Pflegekasse: .....

2 Adresse der Pflegekasse: .....

3 Mitgliedsnummer: .....

4 Sachbearbeiter: .....

5 Telefonnummer: .....

6 Ambulante / Vollstationäre Pflegestufe  
 bereits vorhanden: 6a  ja 6b  nein  
 6c  I 6d  II 6e  III 6f  HF

7 Pflegestufe wird/wurde beantragt am: .....

8 Begutachtung erfolgt(e) am:  
 Heimaufnahmenotwendigkeits-  
 bescheinigung vorhanden: 9a  ja 9b  nein 9c Pflegestufe: .....

**11. Beihilfeberechtigung**

Bezeichnung der Beihilfestelle: .....

Adresse: .....

**12. Benennung der behandelnden Ärzte**

Adresse, Telefonnummer

1 Hausarzt: .....

2 Augenarzt: .....

3 HNO-Arzt: .....

4 Internist: .....

5 Zahnarzt: .....

6 Orthopäde: .....

7 Urologe: .....

8 Neurologe: .....

9 Sonstiges: .....

**13. Gewünschter Aufnahmetermin:** .....

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird ausdrücklich versichert. Ich/wir bestätige/n, daß ich/wir diese Selbstauskunft nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig erteilt habe/n.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Bewohner/in

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Betreuer/in / Vertreter/in\*

\*Nicht zutreffendes bitte streichen