

Email:	Kontaktaufnahme erlaubt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vor- und Zuname:			
Geburtsname:	Verwandtschaftsgrad:		
Straße; Hausnummer:			
PLZ; Ort:			
Telefon:	Vollmacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Email:	Kontaktaufnahme erlaubt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erstellt am: 16.09.19	Geprüft (QMB) am:	Freigegeben (L) am: 16.09.19	Kontrolle auf/ nach Aktualität (Datum/ Kürzel)				Seite 2 von 3	
							Revisionsnr. Datum	0 16.09.19

Weitere Angaben:

Hausarzt

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Krankenkasse / Pflegekasse

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Mitgliedsnummer:

Betreuer (nach Betreuungsrecht):

Anschrift:

Telefonnummer:

Wirkungskreis:

Kostenträger

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe/ Beihilfe bezogen oder beantragt?

- ja, Sozialamt/ Beihilfe
- nein, Selbstzahler (Preisliste Stand vom bekannt)

Wird Blindengeld bezogen?

- ja
- nein

Liegt ein Grad der Behinderung vor? ja; _____ GdB nein

Merkzeichen: G aG H BI B RF sonstige:

Gründe für die Heimaufnahme:

- nach Krankenhausaufenthalt erhöhter Pflegeaufwand:
- Änderung der persönlichen Verhältnisse: sonstige:

Hinweise & Ergänzungen:

Beratungsbedarf habe/n ich/ wir zu folgenden Themen:

- Finanzierung Heimplatz (Antragsstellung u.a.)
- Spezialisierte Unterbringung wegen dementieller Erkrankung
- sonstige:

Bitte beachten Sie unsere 3-Jahres-Ablauffrist bei Anmeldungen auf Warteliste, sofern Sie diese Frist nicht innerhalb dieser Zeit verlängern.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie, gemäß der Datenschutzgrundverordnung, einer Speicherung der personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme zu.

.....

.....

.....

Ort;
Datum

Unterschrift des
Antragstellers

wenn nicht Personengleich,
Unterschrift des
Aufzunehmenden

Erstellt am: 16.09.19	Geprüft (QMB) am:	Freigegeben (L) am: 16.09.19		Kontrolle auf/ nach Aktualität (Datum/ Kürzel)						Seite 3 von 3
								Revisionsnr. Datum	0 16.09.19	