
1. Grunddaten

Titel: Nachname:
Vorname: Geburtsname:
Geburtsdatum: Geburtsort:

Staatsangehörigkeit: Familienstand:

Konfession:

Größe: Haarfarbe:
Gewicht: Augenfarbe:
Statur:

2. Adresse

Letzte Meldeadresse vor der Heimaufnahme

Straße: Ort:
Bundesland: Tel.-Nr.:
Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

3. Bankverbindung

Bank:
IBAN: BIC:

4. Biographie

Gründe für die Heimaufnahme:

Ehemaliger Beruf:

Wichtige Lebensereignisse:

Angaben zur Bestattung

Liegt ein Vorsorgevertrag vor: nein ja Datum:

Bestattungsinstitut:

Friedhof / Ort:

Bestattungsart:

5. Bezugsperson

Angaben zur Bezugsperson

Name, Vorname	Adresse, Mail-Adresse (sofern vorhanden)	Telefonnr.	Beziehungs- art	Verstän- digung bei Krank- heit/To d	erhält Rech- nung	vertre- tungs- befugt	Voll- macht

Betreuungsverhältnis

Name des Betreuers:

Angabe des Aufgabenkreises:

Zeitpunkt der Betreuerbestellung:

Unterlagen vorgelegt: nein ja

Betreuung angeregt: nein ja Datum:

6. Gewünschte Unterbringung

Raumtyp: Komfortwunsch:

7. Krankenkasse

Bezeichnung der Krankenkasse:

Adresse der Krankenkasse:

Mitgliedsnummer:

8. Zugangsempfehlung durch:

9. Monatliches Nettoeinkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag	Rentenvers. Nr.	Unterlagen liegen vor:
Altersrente / Pension				
Blindenrente				
Unfallrente				
Witwenrente				

Lebensversicherung				
Kriegsopfer / Beihilfe				
Einnahmen aus Miete / Pacht				
Sonstiges				

10. Übernahme des Heimentgelts

- Aus oben aufgeführtem monatlichen Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)
- Zahlungen von Dritten:
- Durch das zuständige Sozialamt:
- Sozialhilfeantrag erforderlich:
- Antrag erfolgt durch:

11. Befreiungen

- Fahrtkosten
- Medikamentenzuzahlungen
- Heil- und Hilfsmittel
- Rundfunkgebühren

Unterlagen liegen vor:

12. Pflegekasse

- Bezeichnung der Pflegekasse:
- Adresse der Pflegekasse:
- Mitgliedsnummer:
- Pflegegrad bereits vorhanden:
- Pflegegrad wird beantragt durch:
- Begutachtung erfolgt(e) am:
- Empfehlung liegt vor: 1 2 3 4 5

13. Beihilfeberechtigung

- Bezeichnung der Beihilfestelle:
- Adresse:

14. Benennung der behandelnden Ärzte Adresse Telefonnummer

Hausarzt:

Augenarzt:

HNO-Arzt:

Internist:

Zahnarzt:

Sonstiges:

15. Gewünschter Aufnahmetermin:

16. Ärztliches Zeugnis für eine durchgeführte Untersuchung bezüglich Lungentuberkulose muss bei Heimaufnahme gemäß § 36 Abs. 4 IfSG ja nein beantragt vorliegen und darf nicht älter als 4 Wochen sein

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*

Ort, Datum

Einrichtungsleitung / Pflegedienstleitung

*Nicht zutreffendes bitte streichen