



## Vormerkung zur Heimaufnahme

Herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserem Haus! Wir möchten Ihnen eine Pflege und Betreuung auf hohem Niveau anbieten. Um dies gut vorbereiten zu können, bitten wir Sie dieses Formular vollständig und sorgfältig auszufüllen sowie gemeinsam mit dem ärztlichen Fragebogen abzugeben. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir keinen konkreten Zeitpunkt für einen möglichen Einzugstermin nennen können. Generell werden im Vorfeld Beratungsgespräche und ein pflegerisches Erstgespräch durchgeführt. Bitte informieren Sie uns, wenn Ihre Anmeldung nicht mehr aktuell ist, z.B. durch Aufnahme in eine andere Einrichtung. Vielen Dank!

### 1. Persönliche Angaben

Familienname: _____	Geburtsname: _____
Vornamen (Rufname bitte unterstreichen): _____	
Hauptwohnsitz	Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl, Wohnort: _____
Derzeitiger Aufenthalt	Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl, Wohnort: _____ bei wem?: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Familienstand: _____	Konfession: _____
Staatsangehörigkeit: _____	Telefon: _____

### 2. Angehörige und Betreuer

Verwandschaftsgrad	Name, Vorname: _____ Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl, Wohnort: _____ Tel. (dienstlich / privat): _____
Sind keine Verwandten vorhanden, geben Sie bitte eine Vertrauensperson an.	_____
Verwandschaftsgrad	Name, Vorname: _____ Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl, Wohnort: _____ Tel. (dienstlich / privat): _____
Amtlich bestellter Betreuer (Bitte stets eine Kopie der Bestellung beifügen)	Name, Vorname: _____ Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl, Wohnort: _____ Tel. (dienstlich / privat): _____

### 3. Angaben zum Pflegegrad

Kranken- und Pflegekasse	Name der Kasse: _____ Versicherungsnummer: _____
Pflegegrad	aktuelle Einstufung: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 seit: _____ Höherstufung beantragt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am: _____
Antrag auf vollstationäre Pflege bei Pflegekasse gestellt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am: _____	

4. Angaben zur derzeitigen ärztlichen und pflegerischen Versorgung	
Hausarzt	Name StraÙe und Hausnummer: Postleitzahl, Wohnort: Tel. mit Vorwahl
Facharzt für	Name StraÙe und Hausnummer: Postleitzahl, Wohnort: Tel. mit Vorwahl
Facharzt für	Name StraÙe und Hausnummer: Postleitzahl, Wohnort: Tel. mit Vorwahl
Pflegedienst	Name des Pflegedienstes <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      Ansprechpartner / Tel.

5. Angaben zur Kostenübernahme und gewünschten Unterbringung	
Die monatlichen Heimkosten werden voraussichtlich getragen durch:	
<input type="checkbox"/> monatliches Einkommen (z.B. Rente, Mieterträge)	<input type="checkbox"/> Sparguthaben
<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Angehörige
<input type="checkbox"/> das zuständige Sozialamt, wenn ja → <input type="checkbox"/> ist beantragt	<input type="checkbox"/> muss noch beantragt werden
Die Unterbringung wird gewünscht, in einem	
<input type="checkbox"/> Einzelappartement	<input type="checkbox"/> Doppelappartement
<input type="checkbox"/> Einzel- oder Doppelappartement	
Gewünschter Termin der Aufnahme	
<input type="checkbox"/> sofort, da dringend	<input type="checkbox"/> zum .....
<input type="checkbox"/> Antrag wird vorsorglich gestellt	
Wer stellt diesen Antrag für den Interessenten?	
<input type="checkbox"/> Antragsteller	<input type="checkbox"/> .....

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte senden Sie uns diese Vormerkung stets mit dem ärztlichen Fragebogen zu. Vielen Dank!

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers bzw. des Betreuers