

Aufnahmeantrag:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Konfession: _____

Geburtsort : _____ Geb.-Datum: _____

derzeitige Wohnanschrift: _____

Telefon: _____ Familienstand: _____

Krankenkasse: _____ Rezeptgeb.-befreit ja nein

Mitgliedsnummer: _____

Name, Anschrift und Tel.Nr.: der Kinder/Bevollmächtigter:

Falls kinderlos, Anschrift und Telefon-Nummer eines weiteren Ansprechpartners:

Eine Betreuung ist vorhanden ja nein

Beihilfeberechtigt ja nein

Pflegeeinstufung Stufe 0 Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3

Pflegestufe ist beantragt ja nein Höherstufung ist beantragt ja nein

Heimnotwendigkeitsbescheinigung liegt vor ist beantragt

Ich bitte um Unterbringung ab dem . . .201

Die Heimkosten werden gezahlt von mir (Höhe der Rente Euro _____)

Öffentlicher Kostenträger

Welcher Arzt behandelt Sie? _____

Soll das auch zukünftig der Fall sein? ja nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

Besonderheiten:
