

## Anmeldeformular

### I. Angaben zur Person (zukünftiger Bewohner):

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Geburtsort:** \_\_\_\_\_ **Familienstand:** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_ **Telefon-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Bisheriger Wohnsitz:** \_\_\_\_\_  
(Straße, Postleitzahl, Ort)

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_


**Gesundheitszustand:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Angehörige:

1. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Anschrift

 privat \_\_\_\_\_  dienstlich \_\_\_\_\_

 Funk \_\_\_\_\_

Besteht rechtliche Betreuung oder Vorsorgevollmacht für angemeldete Person?  ja  nein  
(Bitte unterstreichen)

Aufgabenkreis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Anschrift

 privat \_\_\_\_\_  dienstlich \_\_\_\_\_

 Funk \_\_\_\_\_

Besteht rechtliche Betreuung oder Vorsorgevollmacht für angemeldete Person?  ja  nein  
(Bitte unterstreichen)

Aufgabenkreis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?  ja  nein

Besteht ein Bestattungsvorsorgevertrag?  ja  nein

Besteht eine private Haftpflichtversicherung?  ja  nein

## II. Kostenübernahme:

Liegt ein **ambulanter Pflegegrad** vor?

ja Bescheid vom: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

nein

Liegt ein **stationärer Pflegegrad** vor?

ja Bescheid vom: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

nein beantragt am: \_\_\_\_\_

(ist zur Heimaufnahme erforderlich!)

Erhalten Sie eine Pauschale für die zusätzliche Betreuung?  ja  nein seit: \_\_\_\_\_  
( Diagnose Demenz)

Pflegekasse/ Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers. Nr. \_\_\_\_\_

## Vorhandene Hilfsmittel für o.g. Pflegegrad:

	Eigentum	Krankenkasse
<input type="checkbox"/> Anti-Dekubitus-Matratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gehgestell /Krücken / Stock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prothese _____ Art		

Brille

Hörgerät \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Den **monatlichen Eigenanteil** am Heimentgelt in Höhe von ca. \_\_\_\_\_ € kann ich aus eigenem Einkommen/ Vermögen bestreiten.  ja  nein

Ich habe am \_\_\_\_\_ einen Antrag auf Übernahme der Kosten beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt.

## III. Heimvertrag

Die Aufnahme in ein ASB Pflegeheim erfolgt durch den Abschluss eines **gesonderten Heimvertrages**. Diese Anmeldung ist für Sie nicht bindend und kann jederzeit zurück genommen werden!

Alle weiteren notwendigen Informationen entnehmen Sie bitte den Anlagen zum Anmeldeformular.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift zukünftiger Bewohner/ Betreuer