

## Antrag zur Heimaufnahme

Bitte zusammen mit der vom Arzt ausgefüllten Bescheinigung zur Heimaufnahme einreichen.

Vollstationär       Kurzzeitpflege       Tagespflege

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname(n)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Beamter ja/nein

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
derzeitiger Aufenthaltsort

\_\_\_\_\_  
Telefon

### Bei verheirateten oder verwitweten Personen

\_\_\_\_\_  
Name des Ehegatten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beamter ja/nein

### Angehörige

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

Weitere Angehörige bitte auf der nächsten Seite notieren!

**Besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz? (bitte Kopie einreichen)**

nein  ja Aufgabenbereiche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Name der Betreuerin/des Betreuers, Anschrift, Telefon

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
 Anschrift

\_\_\_\_\_  
 Telefon

\_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
 Anschrift

\_\_\_\_\_  
 Telefon

\_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse

**Besteht eine Bevollmächtigung? (bitte Kopie einreichen)**

nein  ja Umfang: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Name der/des Bevollmächtigten, Anschrift, Telefon

**Besteht eine Patientenverfügung? (bitte Kopie einreichen)**

nein  ja

**Krankenversicherung bei** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Mitgliedsnummer

**Pflegeversicherung bei** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Mitgliedsnummer

**Priv. Pflegezusatzvers. bei** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Mitgliedsnummer

**Pflegegrad** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:**

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Telefon

Die Behandlung während des Aufenthaltes im Seniorenzentrum übernimmt \_\_\_\_\_

Personalausweis-Nummer \_\_\_\_\_ **(bitte Kopie einreichen)**

Schwerbehindertenausweis  nein  ja (bitte Kopie einreichen)

Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel  nein  ja (bitte Kopie einreichen)

Wurden bereits Absprachen mit einem Bestattungsinstitut getroffen?

nein  ja \_\_\_\_\_  
Institut

**Gewünschte Unterbringung**

Ab wann, bzw. für welchen Zeitraum \_\_\_\_\_

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_

**Datenschutzeinwilligungen**

- Türschild
- Geburtstagsliste
- Kondolenzliste

**Bestätigung**

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass durch den Heimträger Daten über meine Person gespeichert und verarbeitet werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Wahrung der Voraussetzungen nach § 28 BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) an Dritte (z.B. Kosten-Träger) übermittelt werden können.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner/in

\_\_\_\_\_  
und/oder

\_\_\_\_\_  
in der Eigenschaft als