



Anmeldung zur Heimaufnahme

Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden.

Bitte beachten Sie: alle Fragen müssen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet sein.

Stiftungs- Alten- und Pflegeheim

Tel.: 0 97 71 / 6 07-0

Schuhmarktstr. 1-9

Fax: 0 97 71 / 6 07-105

97616 Bad Neustadt

info@stiftung-nes.de

Personalien	
Familienname	Vorname
Geburtsname	Rufname
Geburtsdatum	Geburtsort
Familienstand	Staatsangehörigkeit
Konfession	Telefon
Anschrift	Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus)

Angehörige/Bezugsperson	
A) Name, Vorname, Verwandtschaftsgrad Bei Krankheit, Krankenhaus oder Tod, möchte ich informiert werden: <input type="radio"/> 24 Stunden am Tag <input type="radio"/> von bis Uhr	Anschrift und Tel. Nummer E-Mail-Adresse
B) Name, Vorname, Verwandtschaftsgrad Bei Krankheit, Krankenhaus oder Tod, möchte ich informiert werden: <input type="radio"/> 24 Stunden am Tag <input type="radio"/> von bis Uhr	Anschrift und Tel. Nummer E-Mail-Adresse



Betreuung/Vorsorgevollmacht

Besteht eine Betreuung oder Vollmacht ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		Betreuungsausweis/Vollmacht beifügen
Name, Vorname	Anschrift und Tel. Nummer	

Krankenkasse/Pflegekasse/Beihilfe

Krankenkasse:	Versichertennummer:
Rezeptgebühren befreit ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/> (Kopie Befreiungsausweis beilegen)	
Pflegegradbescheid liegt vor ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/> wenn ja, welcher: seit wann:	
Beihilfeberechtigt ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Schwerbehindertenausweis ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> gültig bis Prozent: _____%	

Hausarzt

Name, Vorname	Anschrift, Telefon
Mobiler Zahnarzt	Mobile Zahnbehandlung gewünscht: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Gewünschte Wohnform

Vollstationäre Pflege <input type="radio"/>	Einzugstermin:
Kurzzeitpflege <input type="radio"/>	Termin von bis
Einzelzimmer <input type="radio"/> Doppelzimmer <input type="radio"/>	Ist dem Betroffenen der Umzug ins Heim bekannt ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Heimpflegekosten - sonstige Kosten

Der Eigenanteil der Heimkosten kann aus eigenem Einkommen bzw. Vermögen getragen werden: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Sozialhilfe beantragt ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Sozialhilfeträger:
Bei Sozialhilfe – Höhe der Miete:	Kündigungsfrist zum:
Höhe aller Renten:	Bitte Rentenbescheid vorlegen!

Wäsche	Chem. Reinigung gegen Berechnung gewünscht: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
---------------	---

Kontoverbindung für SEPA-Lastschrift:	
--	--

Verpflegung	Ist eine Diät notwendig ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> welche:
--------------------	---

Ort, Datum _____ Unterschrift _____