

## Senioren- & Pflegeheim

Haus am Wiesengrund  
Neuenwegstr. 38  
76703 Kraichtal – Oberöwisheim  
Tel. 07251 – 96 55-0  
Fax. 07251 – 96 55 – 73 / 9655 – 99  
E-Mail: [info@pfh-wiesengrund.de](mailto:info@pfh-wiesengrund.de)  
Internet: [www.pfh-wiesengrund.de](http://www.pfh-wiesengrund.de)



Eingang:

# Anmeldung zur Heimaufnahme

(Nur zusammen mit den vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

<b>Dauerpflege</b> <input type="checkbox"/>		<b>Kurzzeitpflege</b> <input type="checkbox"/>	
<b>1. Name:</b>	(bei Frauen auch der Geburtsname)		
<b>2. Vorname:</b>	(Rufname bitte unterstreichen)		
<b>3. Geburtsdatum/Geburtsort:</b>	(Land/Kreis)		
<b>4. letzter Wohnort, Strasse und Telefonnummer:</b>			
<b>5. Familienstand:</b>	led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/>		
<b>6. Konfession:</b>			
<b>7. Beruf / Staatsangehörigkeit:</b>			
<b>8. Ehegatte:</b>	a) Vorname b) geboren c) gestorben	am: wann:	in: wo:
<b>9. gesetzlicher Betreuer: (Kopie Betreuerausweis oder Beschluss Amtsgericht)</b>			
_____		_____	
<b>(Name)</b>		<b>(Vorname)</b>	
_____		_____	
<b>(PLZ, Wohnort)</b>		<b>(Strasse u. Nr.)</b>	
_____		_____	
<b>(Telefon)</b>		<b>(Fax / E-Mail)</b>	

<b>10. Anschrift der Angehörigen:</b>	
1. _____ (wie verwandt)	_____ (Vor- u. Zuname)
_____ (PLZ, Wohnort)	_____ (Strasse u. Nr.)
_____ (Telefon)	_____ (Fax / E-Mail)
2. _____ (wie verwandt)	_____ (Vor- u. Zuname)
_____ (PLZ, Wohnort)	_____ (Strasse u. Nr.)
_____ (Telefon)	_____ (Fax / E-Mail)
3. _____ (wie verwandt)	_____ (Vor- u. Zuname)
_____ (PLZ, Wohnort)	_____ (Strasse u. Nr.)
_____ (Telefon)	_____ (Fax / E-Mail)
<b>11. In wichtigen Angelegenheiten, im Krankheitsfall- oder Todesfall sollen verständigt werden?</b>	Lfd. Nr. 1 <input type="checkbox"/> Lfd. Nr. 2 <input type="checkbox"/> Lfd. Nr. 3 <input type="checkbox"/> (zutreffendes ankreuzen)
Weitere wichtige Hinweise (Vollmacht, Patientenverfügung)	Sonstige:
<b>12. Welche Krankenkasse bzw. Pflegekasse: Anschrift: Telefon:</b>	
<b>13. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:</b>	
<b>14. Hausarzt: Name u. Anschrift: Telefon:</b>	

<b>15. Pflegegrad</b>	Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/>
<b>16. Kostenzusage der Pflegekasse vorhanden?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>17. Beihilfekasse: Anschrift: Telefon:</b>	
<b>18. Kostenträger Sozialamt:</b>  Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig:  Wurde ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>19. Bankverbindung:</b>	<b>Bank:</b> _____ <b>IBAN:</b> _____ <b>BIC:</b> _____
<b>20. Gewünschte Unterbringung:</b>	Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer <input type="checkbox"/>
<b>21. Für wann ist der Einzug gewünscht? (Termin)</b>	
<b>22. Wer stellt diesen Aufnahmeantrag für den Aufzunehmenden? In welcher Eigenschaft?</b>	
<b>23. Derzeitiger Aufenthalt Krankenhaus / Heim? Ansprechpartner?</b>	
<b>24. Hinweise, Bemerkungen</b>	

Ich erkläre hiermit, dass alle Fragen den Tatsachen entsprechend beantwortet sind.

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Antragstellers:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Aufzunehmenden:** \_\_\_\_\_  
 (Wenn nicht Personengleichheit besteht)