

## Anmeldung zum Heimeinzug

1. **Familienname** (bei Frauen auch Geburtsname):

---

2. **Vornamen** (Rufname unterstreichen):

---

3. **Geburtstag**, Monat, Jahr:

---

4. **Geburtsort:**

---

5. bisherige Anschrift: (PLZ, Wohnort, Straße)

---

6. **Familienstand:** seit:

ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  Sonstiges:

7. Name des **Ehegatten** (bei Verwitweten, Name des verstorbenen Ehegatten):

---

8. **Staatsangehörigkeit:**

---

9. **Religion:**

---

10. Soll durch uns eine Anmeldung bei der Gemeinde Kaufungen,  
unter „Sophie-Henschel-Weg 11“ erfolgen?

(Wenn ja, gültigen Personalausweis vorlegen)

ja  nein

11. Sind Sie bereits gegen **Corona** geimpft worden?

ja  nein

1. Impfung am:

Impfstoff:

Impfarzt:

---

2. Impfung am:

Impfstoff:

Impfarzt:

---

3. Impfung am:

Impfstoff:

Impfarzt:

---

4. Impfung am:

Impfstoff:

Impfarzt:

---

12. Wird ein **Telefon** gewünscht?  ja  nein

13. Bei welcher **Krankenkasse** sind Sie versichert?

KV-Nr. \_\_\_\_\_

14. Sind Sie **beihilfeberechtigt**?  ja  nein

15. Liegt eine **Befreiung von der Zuzahlung** zu den Kosten der Arznei-,  
Verbands-, Heilmittel- und Fahrkosten vor?  ja  nein

(*Befreiungsausweis unbedingt vorlegen*) Befreiung bis \_\_\_\_\_

16. Name u. Anschrift des bisherigen **Hausarztes**:

17. Sind Sie bereits durch den Medizinischen Dienst der  
Krankenkasse (MDK) begutachtet worden?  ja  nein

Wenn ja, welcher **Pflegegrad** liegt vor? \_\_\_\_\_

18. Besteht eine **amtsrichterliche Betreuung**?  ja  nein  
 beantragt

Wenn ja, Name, Anschrift und Tel. Nr. der **betreuenden Person**:

19. Besteht eine **Vollmacht**?  ja  nein  
Wenn ja, bitte folgende Angaben:

Art der Vollmacht:  
(z.B. *Generalvollmacht, Vorsorgevollmacht etc.*) \_\_\_\_\_

Name des Bevollmächtigten  
(*Kopie vorlegen*) \_\_\_\_\_

20. Besteht eine **Patientenverfügung**?  ja  nein  
(*Wenn ja, Kopie vorlegen*)

21. **Nächste Angehörige:**

a) Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

**weitere Angehörige:**

b) Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

**weitere Angehörige:**

c) Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

22. Sind die Heimkosten aus **Ihren Einkünften** gesichert?  ja  nein

23. Welche Einnahmen stehen Ihnen zur Verfügung

a. **Angestelltenrente** (monatlich) Euro \_\_\_\_\_

b. **Invalidenrente** (monatlich) Euro \_\_\_\_\_

c. **Knappschaftsrente** (monatlich) Euro \_\_\_\_\_

d. **Witwenrente** (monatlich) Euro \_\_\_\_\_

e. **sonstige Einnahmen, Pensionen, Unterhaltszahlungen** usw. Euro \_\_\_\_\_

24. **Rechnungsstellung** an:

25. **Wer zahlt die Heimkosten**, wenn diese nicht durch Ihr Einkommen gesichert sind?

a. **Sozialhilfeträger**  ja  nein

b. **Sonstige** (Name und Anschrift):

26. Ist ein **Antrag auf vollstationäre Pflege** bei der zuständigen Pflegekasse gestellt worden? (*wenn ja, bitte Kopie beifügen*)  ja  nein

27. Wer soll im **Krankheits- oder Sterbefall** benachrichtigt werden?

siehe Punkt **21 a**

siehe Punkt **21 b**

siehe Punkt **21 c**

28. Wer soll nach Ihrem Ableben die **Zimmerräumung** vornehmen und Ihren **Nachlass** (Geld, Sparbücher u. Wertsachen, soweit vom Heim aufbewahrt) entgegennehmen?

siehe Punkt **21 a**

siehe Punkt **21 b**

siehe Punkt **21 c**

29. Sind schon vertragliche Regelungen über eine **Bestattung** festgelegt worden?  ja  nein

**Folgende Regelungen:**

---



---

**Wo** soll die Beisetzung erfolgen: \_\_\_\_\_

Soll eine **Feuerbestattung** erfolgen:  ja  nein

**Sonstige** Bestattungsform:

---



---

30. **An Unterlagen bitte mitbringen:**

- 1. Krankenversicherungskarte  ja  nein
- 2. Kopie Betreuerausweis/Beschluss/Vollmacht  ja  nein
- 3. Patientenverfügung  ja  nein
- 4. Zuzahlungsbefreiung  ja  nein
- 5. Kopie Personalausweis  ja  nein

**Hinweis zur Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht**

Für Rundfunk- und Fernsehgeräte im Bewohnerzimmer besteht **keine Gebührenpflicht** bei der GEZ. Der Betrieb ist somit **kostenfrei** möglich.

Für die Abmeldung stellen wir Ihnen gerne einen **Vordruck** zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich an die Verwaltung.

**Heimeinzug soll erfolgen zum:** \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Pflegebedürftigen: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Betreuers: \_\_\_\_\_