

Anmeldung zum Heimeinzug

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

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

3. **Geburtsdag**, 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 die **Reinigung der Wäsche** in der Wäscherei erfolgen?

☐ ja

☐ nein

11. Wird ein **Telefon** gewünscht?

☐ ja

☐ nein

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

KV-Nr.

13. Sind Sie **beihilfeberechtigt**?

☐ ja

☐ nein

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

(Befreiungsausweis unbedingt vorlegen)

Befreiung bis _____

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

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

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

17. Besteht eine **amtsrichterliche Betreuung**? ☐ ja ☐ nein
(Beschluss bitte vorlegen) ☐ beantragt

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

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

Art der Vollmacht:

(z.B. Generalvollmacht, Vorsorgevollmacht etc.)

Name des Bevollmächtigten

(Kopie vorlegen)

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

20. **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: _____

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

22. 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 _____

23. **Rechnungsstellung** an:

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

a. **Sozialhilfeträger** ☐ ja ☐ nein

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

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

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

siehe Punkt **21 a** ☐ siehe Punkt **21 b** ☐ siehe Punkt **21 c** ☐

27. 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** ☐

28. 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:

29. **An Unterlagen bitte mitbringen:**

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Krankenversicherungskarte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Kopie Betreuerausweis/Beschluss/Vollmacht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Zuzahlungsbefreiung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Kopie Personalausweis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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:

[zurücksetzen](#)

[drucken](#)

[➔ Formular absenden](#)