

## Anmeldeformular

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

Konfession: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ früherer Beruf: \_\_\_\_\_

### Gesetzliche Betreuung

Haben Sie eine/n Bevollmächtigten oder durch das  
Vormundschaftsgericht bestellte/n Betreuer/in?

Nein  Ja

Vorname Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ist zurzeit beim Vormundschaftsgericht eine Betreuung  
beantragt?  Nein  Ja

Kinder (Zahl und Alter): \_\_\_\_\_

### Kontaktadressen

1. Name, Vorname \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis? \_\_\_\_\_

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

2. Name, Vorname \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis? \_\_\_\_\_

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

3. Name, Vorname \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis? \_\_\_\_\_

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

**Hausarzt** (Geben Sie bitte Name und Adresse Ihres Hausarztes an):

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Zahnarzt** (Geben Sie bitte Name und Adresse Ihres Zahnarztes an):

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Weitere behandelnde Ärzte** (Geben Sie bitte Name und Adresse weiterer behandelnder Ärzte (Gynäkologe, Kardiologe, Urologe, etc.) an):

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Krankenkasse/ Pflegekasse** Bei welcher Kranken-/Pflegekasse sind Sie versichert?

\_\_\_\_\_

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Nein  Ja Beihilfesatz \_\_\_\_\_ %

**Pflegegrad**  kein Pflegegrad  Pflegegrad 1  Pflegegrad 2  
 Pflegegrad 3  Pflegegrad 4  Pflegegrad 5  
 Pflegegrad beantragt am \_\_\_\_\_

**Kosten**

Wie werden Sie die Heimkosten finanzieren?

durch eigenes Einkommen/Vermögen + Pflegeversicherung

durch Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge

wurde ein Antrag aus Sozialhilfe gestellt?  Nein  Ja

**derzeitiger Aufenthalt**

zu Hause

Krankenhaus \_\_\_\_\_

andere Einrichtung \_\_\_\_\_

**Für wann ist der Einzug gewünscht?** \_\_\_\_\_

**Besondere Wünsche / Bemerkungen / Sonstige Hinweise**

Ich erkläre hiermit, dass alle Angaben den Tatsachen entsprechend beantwortet wurden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum 1. \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufzunehmenden (falls möglich)

2. \_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der gesetzlichen Betreuer/in oder Antragsteller/in