

# Heimanfrage

Vor- und Zuname		geborene	
Adresse			
Geburtsdatum/-ort			
Familienstand		Konfession	Staatsangehörigkeit

Derzeitiger Aufenthalt	Name der Einrichtung / Ansprechperson		Telefon / Kontakt	
Ambulanter Pflegedienst				
Rehabilitations-Einrichtung				
	Einrichtung / Ansprechperson		Telefon / Kontakt	Entlassungsdatum
Kurzzeitpflege				bis
Krankenhaus				bis

Angehörige 1.	Name		E-Mail:	
	Straße/PLZ/Ort			
	wie verwandt		Tel.	
Angehörige 2.	Name		E-Mail:	
	Straße/PLZ/Ort			
	wie verwandt		Tel.	
<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	Name		Tel.	
	Straße/PLZ/Ort			

Pflege-Indikationen	<input type="checkbox"/> gehbehindert: <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Gehbock / -rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl			
	<input type="checkbox"/> bettlägerig: <input type="checkbox"/> steht gelegentlich auf <input type="checkbox"/> sitzt im Bett <input type="checkbox"/> vollständig			
	<input type="checkbox"/> zeitl. u. räuml. orientiert: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> weniger gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> völlig desorientiert			
	<input type="checkbox"/> Besonderheiten: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Trachialkanüle <input type="checkbox"/> _____			
Hausarzt	Name		Tel.	
	Straße/PLZ/Ort			
Krankenkasse		Mitgliedsnummer:		Pflegegrad:

Terminwunsch Aufnahme:			
Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen			
Lfd. Einkommen	ca. .... € ( z.B.: Rente, Witwenrente, Mieteinkünfte und ähnliches)		
Kostenträger	Wird kommunale Unterstützung bezogen oder beantragt? Wenn ja, welche Stelle ist zuständig?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name, Anschrift, Tel.:			

Ort	Unterschrift Antragsteller	Unterschrift Bevollmächtigter
Datum		