

## HEIMANMELDUNG

Zuname .....	geborene.....
Vornamen .....	Familienstand .....
Geburtsort.....	Geburtsdatum.....
Gemeldeter Wohnort .....	Staatsangehörigkeit .....
Straße .....	Konfession .....
<b>Aktueller Aufenthaltsort</b> .....	
<b>Krankenkasse</b> .....	<b>Vers. Nr.:</b> .....
eingestuft in Pflegegrad 0 1 2 3 4 5	<b>Pflegegrad beantragt:</b> <input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
<b>Kostenträger:</b> <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Selbstzahler	
Welches Sozialamt: .....	
Richterliche Unterbringung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bis .....	
COVID: vollständig geimpft <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
Liegt eine Intelligenzminderung vor <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche.....	

Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------------------------	-----------------------------	-------------------------------

<b>Betreuung/Vollmacht:</b>		
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/> Vermögensverwaltung
Vorname: ..... Zuname: .....		
Anschrift: .....		
Telefonnummer: .....		
Faxnummer: .....		
Patientenverfügung vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <small>(Wenn ja, im Anhang beifügen)</small> <input type="checkbox"/> Nein		
Name, Anschrift und Telefon-Nr. von Angehörigen (Verwandtschaftsgrad)		
.....		
.....		

Um von Anfang an eine umfassende und übergangslose Betreuung gewährleisten zu können, bitten wir um alte und vor allem **neueste Arztberichte sowie die aktuelle Medikation.**

Datum .....

Antragsteller .....