

## 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 .....	
<b>COVID:</b>	
vollständig geimpft <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
(wenn ja, 1. Impfung am: .._._._. 2. Impfung am: .._._._. 3. Impfung am: .._._._.)	
genesen <input type="checkbox"/> (wenn ja, wann war die Erkrankung: .._._._.)	

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

**Betreuung/Vollmacht:**

Aufenthaltsbestimmung  Gesundheitsfürsorge  Vermögensverwaltung

Vorname: ..... Zuname: .....

Anschrift: .....

Telefonnummer: .....

Faxnummer: .....

Patientenverfügung vorhanden?  Ja (Wenn ja, im Anhang beifügen)  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 .....