



# Matthias-Claudius-Heim

Alten- und Pflegeheim

Eingangsdatum Matthias-Claudius-Heim

## Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname/  
ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_

2. Adresse  
\_\_\_\_\_  
Straße/PLZ/Ort Telefon \_\_\_\_\_

3. Geburtsdaten/-ort  
\_\_\_\_\_  
Datum Ort

4. Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ 5. Konfession \_\_\_\_\_ 6. Familienstand \_\_\_\_\_

7. Angehörige  
a) Name \_\_\_\_\_  
Str./PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
wie verwandt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

b) Name \_\_\_\_\_  
Str./PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
wie verwandt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**8. Betreuer**

(nach Betreuungsrecht )

Name \_\_\_\_\_  
Str./PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

**9. Wirkungskreis der Betreuung**

\_\_\_\_\_

**10. Bisher behandelnder Arzt**

Name \_\_\_\_\_  
Str./PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

**12. Bei welcher Kasse sind Sie krankenversichert?**

\_\_\_\_\_

**13. Ist bereits ein Pflegegrad anerkannt ?**

Ja:

Nein:

Wenn ja, welche und seit wann?

\_\_\_\_\_

Wenn nein, ist ein Pflegegrad beantragt und seit wann?

\_\_\_\_\_

**14. Kostenträger:**

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?

Ja:

Nein:

Gibt es andere Kostenträger, z. B. Beihilfeträger?

Ja:

Nein:

**15. Gewünschte Unterbringung:**

Vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege

**16. Gewünschter Einzugstermin:**

\_\_\_\_\_

**17. Telefonanschluß erwünscht**

Ja:

Nein:

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift