

## Bewohneranmeldung

Name:  Geb.-name:  Vorname:

geboren am:  geboren in:

Anschrift des Hauptwohnsitzes:

Familienstand:  Konfession:

krankenversichert bei:  Mitgliedsnr.:

Zuzahlungsbefreiung für **Arznei- / Hilfsmittel / Transportkosten** ?  ja  nein

Welcher Pflegegrad **liegt vor / wurde** beantragt ?

kurze Beschreibung der Pflegebedürftigkeit:

Liegt eine ärztlich verordnete Diät vor ?  ja  nein

Welche ?

Name und Adresse des Hausarztes:

Befindet sich der zukünftige Heimbewohner z.Z. im **Krankenhaus / Kurzzeitpflege** ?  ja  nein

Adresse und Grund des Aufenthaltes:

Der Antrag auf vollstationäre Pflege **liegt vor / wurde** gestellt:  ja  Stufe  nein

Der Antrag auf Sozialhilfe **liegt vor / wurde** gestellt:  ja  nein

Welcher sonstiger Antrag **liegt vor / wurde** gestellt? Bei welchem Kostenträger?

Sollen Einnähetiketten bestellt werden?

Liegt eine amtsgerichtliche Betreuung vor ?  ja  nein

Name und Anschrift des Betreuers:

Name / Anschrift / Telefon von Angehörigen und / oder Vertrauenspersonen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Liegt für einen der genannten eine Vorsorgevollmacht vor ?  ja  nein

(bitte in der letzten Spalte hinter dem Genannten ankreuzen)

Weitere Hinweise, Anmerkungen und Ergänzungen:

Datum:

Unterschrift des **Bewerbers** oder des **bevollmächtigten Antragstellers**: