

1. Grunddaten

1 Titel: 2 Nachname:

3 Vorname: 4 Geburtsname:

5 Geburtsdatum: 6 Geburtsort:

7 Staatsangehörigkeit: 8 Familienstand:

9 Konfession:

10 Größe: 11 Haarfarbe:

12 Gewicht: 13 Augenfarbe:

14 Statur:

2. Adresse

1 Letzte Meldeadresse vor der Heimaufnahme

2 Straße: 3 Ort:

4 Bundesland: 5 Tel.-Nr.:

6 Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

7 Personalausweisnummer:

8 Ausstellungsdatum des Ausweises:

9 Ablaufdatum des Ausweises:

3. Bankverbindung

1 Bank:

2 Konto-Nr.: 3 BLZ:

4. Biographie

1 Gründe für die Heimaufnahme:

2 Ehemaliger Beruf:

3 Wichtige Lebensereignisse:

Angaben zur Bestattung

5 Liegt ein Vorsorgevertrag vor: 5a nein 5b ja 5c Datum:

6 Bestattungsinstitut:

7 Friedhof/Ort:

8 Bestattungsart:

5. Bezugsperson

Angaben zur Bezugsperson

Name	Adresse	Telefonnummer	Beziehungsart	Verständigung bei Krankheit/Tod	Erhält Rechnung	Vertretungsbefugnis	Vollmacht

2. Betreuungsverhältnis
3. Name des Betreuers:
4. Angabe des Aufgabenkreises:
5. Zeitpunkt der Betreuerbestellung:
6. Unterlagen vorgelegt: 6a nein 6b ja
7. Betreuung angeregt: 7a nein 7b ja 7c Datum:

6. Gewünschte Unterbringung

1. Raumtyp: 2. Komfortwunsch:

7. Krankenkasse

1. Bezeichnung der Krankenkasse:
2. Adresse der Krankenkasse:
3. Mitgliedsnummer:

8. Zugangsempfehlung durch:

9. Monatliches Nettoeinkommen

	Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag	Rentenvers. Nr.	Unterlagen liegen vor:
1	Altersrente / Pension				
2	Blindenrente				
3	Unfallrente				
4	Witwenrente				
5	Lebensversicherung				
6	Kriegsopfer/Beihilfe				
7	Einnahmen aus Miete/Pacht				
8	Sonstiges				

10. Übernahme des Heimentgelts

1. Aus oben aufgeführtem monatlichen Einkommen
2. Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)
3. Zahlungen von Dritten:
4. Durch das zuständige Sozialamt:
5. Sozialhilfeantrag erforderlich:
6. Antrag erfolgt durch:

11. Befreiungen

- 1 Fahrtkosten
- 2 Medikamentenzuzahlungen
- 3 Heil- und Hilfsmittel
- 4 Rundfunkgebühren

 Unterlagen
liegen vor:

12. Pflegekasse

- 1 Bezeichnung der Pflegekasse:
- 2 Adresse der Pflegekasse:
- 3 Mitgliedsnummer:
- 4 Pflegestufe bereits vorhanden:
- 5 Pflegestufe wird beantragt durch:
- 6 Begutachtung erfolgt(e) am:
- 7 Empfehlung liegt vor: 7a I 7b II 7c III 7d HF

13. Beihilfeberechtigung

- Bezeichnung der Beihilfestelle:
- Adresse:

14. Benennung der behandelnden Ärzte

- | | | Adresse | Telefonnummer |
|---|------------------|---------|---------------|
| 1 | Hausarzt: ..... | ..... | ..... |
| 2 | Augenarzt: ..... | ..... | ..... |
| 3 | HNO-Arzt: ..... | ..... | ..... |
| 4 | Internist: ..... | ..... | ..... |
| 5 | Zahnarzt: ..... | ..... | ..... |
| 6 | Sonstiges: ..... | ..... | ..... |

15. Gewünschter Aufnahmeterrnin:

16. Ärztliches Zeugnis für eine durchgeführte Untersuchung bezüglich Lungentuberkulose muß bei Heimaufnahme gemäß § 36 Abs. 4 IfSG vorliegen und darf nicht älter als 4 Wochen sein ja nein beantragt

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird ausdrücklich versichert. Ich/wir bestätige/n, daß ich/wir diese Selbstauskunft nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig erteilt habe/n.

Ort, Datum

Bewohner/in

Ort, Datum

Betreuer/in / Vertreter/in*

*Nicht zutreffendes bitte streichen