

<b>Parkresidenz Helmine Held</b>	<b>Qualitätsmanagement</b>	<b>Qualitätssicherung</b>	<b>Heimaufnahme</b>
--------------------------------------	----------------------------	---------------------------	---------------------

<b>Formular</b>	<b>Anmeldung zur Heimaufnahme</b>
-----------------	-----------------------------------

**Antrag auf Aufnahme in:**

<b>Rüstigenbereich</b>	<b>Pflegeheim</b>	<b>Kurzzeitpflege</b>	<b>Beschützende Abteilung</b>
<input type="checkbox"/> 1 Zimmer-App.	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer
<input type="checkbox"/> 2 Zimmer-App oder größer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmerplatz	<input type="checkbox"/> Doppelzimmerplatz	<input type="checkbox"/> Doppelzimmerplatz

Einzugstermin: \_\_\_\_\_

**Antragsteller (zukünftiger Bewohner)**

Name:	Vorname:
Geburtsname:	geboren am/ in:
PLZ/Ort:	Straße/Hausnummer:
Tel.Nr:	Familienstand:
Konfession:	Pflegekasse:
Krankenkasse/Versichertennummer:	Pflegegrad:
Nationalität:	

**Angehörige:**

Name:	Verwandtschaftsverhältnis:
PLZ/Ort:	Straße/Hausnummer:
Tel. Nr.	
Name:	Verwandtschaftsverhältnis:
PLZ/Ort:	Straße/Hausnummer:
Tel. Nr.	

<b>Parkresidenz Helmine Held</b>	<b>Qualitätsmanagement</b>	<b>Qualitätssicherung</b>	<b>Heimaufnahme</b>
--------------------------------------	----------------------------	---------------------------	---------------------

<b>Formular</b>	<b>Anmeldung zur Heimaufnahme</b>
-----------------	-----------------------------------

**Gesetzlicher Betreuer (wenn vorhanden)**

Name:	
PLZ/Ort:	Straße/Hausnummer:
Tel. Nr.	E-Mail:

**Hausarzt:**

Name:	
PLZ/Ort:	Straße/Hausnummer:
Tel. Nr.	

**Folgende Vorsorgemaßnahmen/Formulare liegen vor:**

<b>Vorsorgevollmacht</b>	<b>Betreuungsverfügung</b>	<b>Patientenverfügung</b>
<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt vor
<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
<input type="checkbox"/> wurde in Kopie abgegeben	<input type="checkbox"/> wurde in Kopie abgegeben	<input type="checkbox"/> wurde in Kopie abgegeben

**Kostenträger:**

Selbstzahler                       Sozialhilfe                       Beihilfe  
 Sonstige                               Die Kostenübernahme ist beantragt bei \_\_\_\_\_

Persönliche Bemerkungen:

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_                                      Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzl. Vertreters