



Benötigt der/die Antragsteller/in Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		Ist eine besondere Ernährung erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
Besteht eine Privathaftpflicht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, ist ein entsprechender Nachweis vorzulegen!			
<b>Betreuung</b>			
Besteht eine Betreuung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Wenn ja, dann sind folgende Angaben erforderlich:	
Betreuungsgericht: Aktenzeichen:	Art der Betreuung: <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Abschluss Heimvertrag <input type="checkbox"/> .....	Art der Betreuung: <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Entgegennahme, Öffnen der Post	
Name des Betreuers:		Straße:	
Postleitzahl:	Ort:	Telefon (mit Vorwahl):	
<b>Angehörige</b>			
Name:		Vorname:	Verwandschaftsverhältnis:
Postleitzahl:	Ort: Straße:	Telefon (mit Vorwahl):	
Name:		Vorname:	Verwandschaftsverhältnis:
Postleitzahl:	Ort: Straße:	Telefon (mit Vorwahl):	
<b>Im Todesfall zu informieren:</b>			
<input type="checkbox"/> die obengenannte/n Angehörige/n		<input type="checkbox"/> Beerdigungsinstitut	
<input type="checkbox"/> nachstehende Person/en			
Name:		Vorname:	Verwandschaftsverhältnis:
Postleitzahl:	Ort: Straße:	Telefon (mit Vorwahl):	
Name:		Vorname:	Verwandschaftsverhältnis:
Postleitzahl:	Ort: Straße:	Telefon (mit Vorwahl):	
Beerdigungsinstitut: Anschrift: Telefon:			
<b>wirtschaftliche Verhältnisse Bewohner</b>			
Sind die wirtschaftlichen Verhältnisse offengelegt worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Art der Einkünfte: <input type="checkbox"/> Rente (1) <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Rente (2) <input type="checkbox"/> Mieterträge <input type="checkbox"/> Rente (3) <input type="checkbox"/> .....		Höhe der Einkünfte: € .....    € .....    € .....	
<b>Bankverbindung</b>			
Name des Kreditinstitutes:		Bankleitzahl:	Konto-Nummer:
Zahlung des Heimentgeltes durch:			
Rechnungsanschrift:			

<b>Zahlung Heimkosten</b>	
<input type="checkbox"/> per Überweisung	<input type="checkbox"/> per Lastschriftinzug
Bei Zahlung durch Lastschrifteneinzug: <input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung liegt vor	
Bankverbindung:	<input type="checkbox"/> siehe oben <input type="checkbox"/> andere Bankverbindung
	Name des Kreditinstitutes: .....
	Konto-Nummer (IBAN): .....
	Bankleitzahl (BIC): .....
	Kontoinhaber: .....

## 2. Angaben zur gewünschten Unterbringung

<input type="checkbox"/> nur Einzelzimmer	Aufnahmetermin:
<input type="checkbox"/> Einzel- oder Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> frühestens ab:
Telefonanschluß gewünscht?	Wäschekennzeichnung gewünscht?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 3. Antrag zur Beschaffung von Arzneimitteln

<input type="checkbox"/> Hiermit beauftrage ich die Heimleitung/Pflegedienstleitung, die für mich erforderlichen Arzneimittel zu beschaffen.
<input type="checkbox"/> Ich überlasse die Auswahl der Apotheke der Heimleitung/Pflegedienstleitung
<input type="checkbox"/> Ich wünsche die Beschaffung der Arzneimittel bei der nachstehenden Apotheke: .....
<input type="checkbox"/> Ich werde meine Arzneimittel selbst beschaffen.

## 4. Entsorgung von Arzneimitteln

Hiermit beauftrage ich die Einrichtung, abgesetzte Medikamente regelgerecht zu entsorgen:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
Hiermit beauftrage ich die Einrichtung, im Todesfall alle vorhandenen Medikamente zu entsorgen:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *
<input type="checkbox"/> Die Arzneimittel werden von meinen Angehörigen entsorgt. *

**\* Ausnahme: Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen, werden in jedem Fall durch das Heim über die Apotheke mit entsprechendem Nachweis entsorgt.**

## **5. Erforderliche Unterlagen**

- ärztlicher Fragebogen (erhalten Sie von uns)
- Einstufungsbescheid Ihrer Pflegekasse (wenn vorhanden)
- aktuelle Rentenbescheide / Einkommensnachweise
- Personalausweis
- Krankenversicherungskarte
- Rezeptgebührenbefreiung (wenn vorhanden)
- Schwerbehindertenausweis (wenn vorhanden)
- Vollmacht / Betreuungsurkunde (wenn zutreffend)
- ggf. richterlicher Beschluß wg. Fixierungen

Der/Die Unterzeichnende erklärt sich damit einverstanden, daß die vorgenannten Daten zur Vorbereitung der Aufnahme und zur Ausfertigung des Heimvertrages elektronisch gespeichert und weiterbearbeitet werden.

**Die Anmeldung gilt bis zum Abschluß des Heimvertrages als unverbindlich!**

---

Datum und Unterschrift des Antragstellers