



Name \_\_\_\_\_ Vorname(n), Rufname bitte unterstreichen \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Ort (Kreis, ggf. auch Land/Staat mit angeben) \_\_\_\_\_

Geb.-Name \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Ehepartner(in): Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Name \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

**Kinder** Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_ davon verstorben \_\_\_\_\_

### Gegenwärtiger Aufenthalt

#### 1. Wohnung

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

#### 2. Krankenhaus/Heim

Name des Krankenhauses/des Heimes \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Aufnahmetag \_\_\_\_\_ Aufnahmegrund \_\_\_\_\_

### Ansprechpartner(in)

#### 1. Ansprechpartner(in)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_ Verwandte/r, Bekannte/r \_\_\_\_\_

#### 2. Ansprechpartner(in)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_ Verwandte/r, Bekannte/r \_\_\_\_\_

**Gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in)**  Ja  Nein

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_ Verein \_\_\_\_\_

Wirkungskreis/e \_\_\_\_\_

Betreuung wird angeregt bzw. beantragt  Ja  Nein

Betreuung ist angeregt bzw. beantragt  Ja  Nein



**Inhaber(in) von Vollmacht(en)**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Wirkungsreis/e \_\_\_\_\_

**Hausarzt/Hausärztin**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**Weitere/r behandelnde/r Arzt/ Ärztin**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

**Einstufung** der Pflegekasse/Krankenkasse in Grad: \_\_\_\_\_

**Kostenregelung bei Heimaufnahme**

Heimplatzfinanzierung durch:

Monatliches Einkommen in Höhe von insgesamt \_\_\_\_\_ €

Kopien der letzten Einkommensnachweise (z.B. Renten, Werksrenten, Pensionen, Versorgungsbezüge, Miteinnahmen, Zinseinkünfte und sonstige Einnahmen) liegen bei  ja  nein  teilweise

Leistungen vom Versorgungsamt

Blindengeld

Vermögen (bar-/Sparvermögen, Guthaben, Eigentum usw.)

Unterhaltszahlungen

Leistungen der Pflegekasse/Krankenkasse ( \_\_\_\_\_ €)

Kostenübernahme ist beim zuständigen Sozialamt in \_\_\_\_\_ beantragt.

**Bankverbindung**

Institut \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Besondere Wünsche (z.B. Heim-/Zimmerwunsch, Mitnahme von Haustieren, Möbeln)

Ort, Datum

Unterschrift Heimplatzinteressent(in) oder Bevollmächtigte(r),  
gerichtlich bestellte/r Betreuer/in