

Anmeldeformular

I. Angaben zur Person (zukünftiger Bewohner m/w/d):

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Geburtsort: _____ **Familienstand:** _____

Staatsangehörigkeit: _____ **Religion:** _____

Bisheriger Wohnsitz: _____
(Straße, Postleitzahl, Ort)

Hausarzt: _____  _____

Gesundheitszustand: _____

☐ Bettlägerig ☐ Rollstuhl ☐ zu Fuß

Angehörige (m/w/d):

1. _____
Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

Anschrift
 privat _____  dienstlich _____

 mobil _____  E-Mail: _____

2. _____
Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

Anschrift
 privat _____  dienstlich _____

 mobil _____  E-Mail: _____

3. _____
Name, Vorname Verwandtschaftsgrad

Anschrift
 privat _____  dienstlich _____

 mobil _____  E-Mail: _____

Besteht eine rechtliche Betreuung? ☐ ja ☐ nein

Ist eine Vorsorgevollmacht vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? ☐ ja ☐ nein

II. Kostenübernahme:

Liegt ein **ambulanter** Pflegegrad vor?

☐ ja Pflegegrad:

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

☐ nein

Liegt ein **vollstationärer** Pflegegrad vor?

☐ ja Pflegegrad:

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

☐ nein - beantragt am: _____ (ist zur Heimaufnahme erforderlich)

Pflegekasse/ Krankenkasse: _____ **Vers.Nr.** _____

Sind Sie zuzahlungsbefreit von Rezeptgebühren? ☐ ja bis: _____ ☐ nein

Den monatlichen Eigenanteil am Heimentgelt kann ich derzeit aus eigenem Einkommen/Vermögen bestreiten. ☐ ja ☐ nein

Ich habe am _____ einen Antrag auf Übernahme der Kosten beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt.

Die monatliche Rechnung senden Sie bitte an:

Name, Vorname

Anschrift

III. Heimvertrag

Die Aufnahme in das ASB Seniorenpflegeheim „Am Anger“ erfolgt durch den Abschluss eines gesonderten Heimvertrages.

Diese Anmeldung ist für Sie nicht bindend und kann jederzeit zurückgenommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift zukünftiger Bewohner/ Angehöriger/
Bevollmächtigter/ Betreuer (m/w/d)