

# Anmeldeformular

## I. Angaben zur Person (zukünftiger Bewohner/-in):

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Bisheriger Wohnsitz: \_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort, Str. u. Haus-Nr., Tel.-Nr.)

Inkontinenz :  ja  nein

Einzug ab: \_\_\_\_\_ eilig

Allgemeiner Pflegebereich:  Beschützender Bereich:

Einzelzimmer:  Doppelzimmer:

## II. Angehörige:

1. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Besteht eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung:

ja  für \_\_\_\_\_ nein

Bankvollmacht: ja  für \_\_\_\_\_ nein

Besteht eine **rechtliche Betreuung**?  ja  nein

**Betreuer/in**, Name, Anschrift, Telefon \_\_\_\_\_

Aufgabenbereich:  Aufenthaltsbestimmung  Gesundheitsfürsorge  
 Vermögenssorge  Postberechtigung  
 Umfassend

### III. Kostenübernahme:

Liegt ein Bescheid über einen Pflegegrad vor?

ja       nein       wurde am \_\_\_\_\_ beantragt

Wenn ja, welcher Pflegegrad

1       2       3       4       5

Wurde bereits ein Bescheid auf stationäre Pflegeleistung von der Pflegekasse erteilt?

ja       nein       wenn nein, wann beantragt \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigte/r?

ja       nein

Sind Sie Rezeptgebühren befreit?

ja       nein

Sind Sie von Rundfunk- und Fernsehgebühren befreit?

ja       nein

Den monatlichen Eigenanteil am Heimentgelt in Höhe von ca. \_\_\_\_\_ Euro kann ich aus eigenem Einkommen/Vermögen begleichen:

ja       nein

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

### **Ärzte**

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Facharzt: \_\_\_\_\_

### **Kranken- bzw. Pflegekasse**

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Bestattungsinstitut:** \_\_\_\_\_

Herr/Frau \_\_\_\_\_ ist mit der Anmeldung im Seniorenzentrum Am Park einverstanden und auf den möglichen Einzug vorbereitet.

### IV. Heimvertrag:

Die Aufnahme in das ASB-Seniorenzentrum Am Park erfolgt durch den gesonderten Abschluss eines Heimvertrages.

Alle weiteren zur Aufnahme notwendigen Informationen entnehmen Sie bitte den weiteren Anlagen zum Anmeldeformular.

### V. Bankverbindung:

Einzug

Abbuchung

\_\_\_\_\_  
Bank

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift