



95447 Bayreuth, Schellingstr. 19 Tel.: 0921/75763-0 Fax: 75763-640

**Anmeldung Bewohneraufnahme – Vormerkung – Vorvertrag ausgegeben am:**

**Bitte beachten!**

Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

**Familienname:**

**Geburtsname:**

**Vorname(n):**

**Geburtsdatum:**

**Geburtstort:**

**Familienstand:**  led.

verh. seit: \_\_\_\_\_

verw.

gesch.

Tag/Monat/Jahr

**Konfession:**  ev.

röm.-kath.

ohne

andere:

**Staatsangehörigkeit:**

**Früherer Beruf:**

**Hauptwohnsitz:** PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Handynummer: \_\_\_\_\_

**Derzeitiger Aufenthalt:**

(Name und Anschrift des Krankenhauses oder des Heimes)

**Aufnahmetag:**

**Aufnahmegrund:**

**Angehörige:** Bitte in der Reihenfolge nach Entscheidungsbefugnis und Wichtigkeit angeben!

Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!

a) Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

wie verwandt? \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort, Gemeinde: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

dienstlich: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

b) Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

wie verwandt? \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort, Gemeinde: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

dienstlich: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

c) Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

wie verwandt? \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort, Gemeinde: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

dienstlich: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger :**  Angehöriger a)     Angehöriger b)     Angehöriger c)

**gesetzl. Betreuer** (über Amtsgericht)  
**oder Bevollmächtigter**

(Kopie des Betreuerausweises beilegen)  
 (Kopie der Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht beilegen)

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort, Gemeinde: \_\_\_\_\_

Telefon:

Handy:

dienstlich:

**Patientenverfügung:**

ja (Kopie beilegen)

nein

**Herzschriftmacher:**

ja

nein

**Schwerbehindertenausweis:**

ja (Kopie beilegen) Grad der Behinderung:

nein

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnummer der Krankenkasse:** \_\_\_\_\_  
(Kopie der Versicherungskarte beilegen)

**Status:** \_\_\_\_\_

**Pflegegrade:**  z.Zt. noch keine  noch nicht beantragt  beantragt am: \_\_\_\_\_

Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5

**Zuzahlungsbefreit:**  von Arzneimitteln  von Krankenfahrten

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Hausarztmodell?**  ja  nein  
**Wichtig: Bei Wechsel des Hausarztes, Hausarztmodell vor Einzug ins Pflegeheim kündigen!**

Anschrift/Telefon: \_\_\_\_\_

**Kostenübernahme:**  Selbstzahler  Bezirk - Sozialverwaltung

**Antrag zur Übernahme nicht gedeckter Heimkosten wird/wurde gestellt:**

am: \_\_\_\_\_ an: \_\_\_\_\_

Monatliches Einkommen:	Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro

**Gewünschte Unterbringung:**  Einzelzimmer  Komfort-Einzelzimmer  
 Doppelzimmer  Appartement

**Termin:** (Wann wird die Aufnahme gewünscht?) Tag/Monat/Jahr

**Die Vormerkung hat eine Gültigkeit von zwei Jahren! Bitte melden Sie sich vor Ablauf der zwei Jahre, ob noch Interesse an unserem Heim besteht, bzw. ob die Vormerkung verlängert werden soll.**

Bayreuth, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_