

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

**Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:** ☐ led.

☐ verh. seit: \_\_\_\_\_  
Tag/Monat/Jahr

☐ verw.

☐ gesch.

**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

Herzschrittmacher: ☐ ja ☐ nein

Schwerbehindertenausweis: ☐ ja (Kopie beilegen) Grad der Behinderung: ☐ nein

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

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

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: \_\_\_\_\_