

**Carl von Heß Sozialstiftung  
Dr. Maria Probst - Seniorenheim  
97762 Hammelburg  
Tel. 09732 7886-0 Fax 09732 7886-122**



**ANMELDUNG zur HEIMAUFNAHME**

---

Diesen Antrag nur mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden oder abgeben.  
Alle Fragen bitte **vollständig und wahrheitsgemäß** beantworten.

\_\_\_\_\_

**Familienname:** ..... **Geburtsname:**.....  
(bei Frauen auch Geburtsname angeben)

**Vorname(n):** .....

**Wohnung:** .....  
(Postleitzahl, Wohnort)  
.....  
(Straße, Hausnummer)

**Familienstand:** ..... **Konfession:** .....

**Staatsangehörigkeit:** .....

**Geboren am:** ..... **in:** .....

**Erlerner Beruf:** .....

**zuletzt ausgeübter Beruf:** .....

**Eheschließung am:** ..... **in:** .....  
(bitte Urkunde vorlegen)

**Ehegatte:** .....  
(Name, Vorname)

falls verstorben, Sterbetag: ..... **Ort:** .....  
(bitte Urkunde vorlegen)

**Derzeitiger Aufenthalt des/der Aufzunehmenden** (Krankenhaus, Heim oder Anstalt ?)

.....

.....  
(Anschrift des Krankenhauses, Heim oder Anstalt)

.....  
(Aufnahmetag)

.....  
(Aufnahmegrund)

**Angehörige:**

.....  
(wie verwandt)

.....  
(Name, Vorname)

.....  
(Straße, Hausnummer)

.....  
(Postleitzahl, Wohnort, Telefon)

**Angehörige:**

.....  
(wie verwandt)

.....  
(Name, Vorname)

.....  
(Straße, Hausnummer)

.....  
(Postleitzahl, Wohnort, Telefon)

Bei weiteren Angehörigen, bitte Extrablatt begeben. Falls keine Angehörigen vorhanden, bitte eine Vertrauensperson benennen.

**Betreuer / Bevollmächtigter:**

.....  
(Name, Vorname)

.....  
(Straße, Hausnummer)

.....  
(Postleitzahl, Wohnort, Telefon)

**(Bitte Betreuerausweis / Vollmachten vorlegen)**

**Krankenkasse:** (oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw.)

.....

Mitgliedsnummer: .....

Eingestuft in Pflegegrad: .....

Rezeptgebührenbefreiung ja  nein

**Name des Hausarztes:** .....

Anschrift: .....

.....

**Monatliches Einkommen:** (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens: .....

Betrag EURO.....

Zahlende Stelle: .....

(Rentenanpassungsbescheid oder sonstige Einkommensunterlagen beigeben)

**Die Heimkosten werden aufgebracht durch:**

das oben aufgeführte monatliche Einkommen.

Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)

Bestand heute: EURO.....

Zuzahlung von .....

die zuständige Sozialhilfeverwaltung in .....

.....

Die Kostenverpflichtungserklärung - liegt bei - folgt in den nächsten Tagen -  
muß noch beantragt werden - ist beantragt am .....

**Termin:** (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)

- sofort
- nicht vor .....
- zum nächstmöglichen Zeitpunkt

**Diät notwendig?**

**Welche?**

**Warum?**

.....

.....

.....

.....

**Frühere Unterbringungen**

in einem Heim, einer Anstalt oder einer ähnlichen Einrichtung, Wo? Wann?  
Aus welchem Grunde dort ausgeschieden?

.....

.....

.....

**Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Bei Anmeldung zur Heimaufnahme spätestens jedoch bei Heimaufnahme sind nachfolgende Urkunden (Fotokopie), Bescheinigungen, Erklärungen, Ausweise usw. der Heimleitung vorzulegen:**

- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde
- Sterbeurkunde des verstorbenen Ehegatten
- Bescheinigung über die Rezeptgebührenbefreiung
- Einzugsermächtigung
- Krankenversicherungskarte
- Rentenanpassungsmitteilung
- Personalausweis
- Bescheinigung über den Pflegegrad
- Patientenverfügung
- Betreuung/Vollmacht
- Aktuellen Medikamentenplan
- Diagnosen
- Impfausweis

Ich/wir erkläre(n), daß alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet sind.

....., den .....

.....  
(Unterschrift des Antragstellers)

Bitte überprüfen Sie vor Abgabe ob alle Fragen beantwortet und Unterlagen vollständig sind.

---

Für Vermerke des Heimes: