

Anmeldung zur Heimaufnahme

Interessent			
Familienname			
Vorname			
Aktueller Wohnort Straße, Hausnummer			
Telefon		Email	
Geburtsdatum/-ort	• Am	• In	
Geburtsname			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet mit (Familienname, Vorname):		
Staatsangehörigkeit			
Konfession			
Derzeit oder letzter ausgeübter Beruf			
Angehörige			
Familienname			
Vorname			
Aktueller Wohnort Straße, Hausnummer			
Telefon		Email	
Verwandtschaftsgrad			
Angehörige/Bekannte			
Familienname			
Vorname			
Aktueller Wohnort Straße, Hausnummer			
Telefon		Email	
Verwandtschaftsgrad			
Rechtlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie des Betreuerausweises mitschicken) <input type="checkbox"/> Nein			
Familienname			
Vorname			
Aktueller Wohnort Straße, Hausnummer			
Telefon		Handy	
Faxnummer		Email	
Betreuungsbereiche	<input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Weitere:		

	Bearbeitet	Geprüft	Freigegeben	Geltungsbereich:	HD / 15 / 16 / 17 / 37
Datum:	14.03.18	14.03.18	18.09.18	Revisionsstand:	00 Seite 1 / 2
Funktion / Name:	BL / J. Böcherer	QMB / N. Kern	HD / H. Wiemer	Registrier-Nr.:	HFK 1.0.8

Anmeldung zur Heimaufnahme

Anfrage und Anmeldung	
Interesse an folgendem Bereich	<input type="checkbox"/> Haus 15 Psychiatrisches Wohnheim <input type="checkbox"/> Haus 37 Psychiatrisches Wohnheim <input type="checkbox"/> Außenwohngruppen, Psychiatrische Wohngemeinschaften <input type="checkbox"/> Haus 16 Heilpädagogisches Wohnheim <input type="checkbox"/> Haus 17 Gerontopsychiatrisches Wohnheim <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrisches Wohnheim
Gewünschter Aufnahmezeitpunkt	
Wünsche zur Aufnahme	
Pflegegrad	Vorhanden: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt am: <input type="checkbox"/> Leistungen nach § 43 b (eingeschränkte Alltagskompetenz) genehmigt
Pflege-/Krankenkasse	
Mitgliedsnummer	
Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> Ja für aktuelles Jahr vorhanden <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja mit % und Merkzeichen <input type="checkbox"/> Nein
Finanzierung Heimkosten	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Kostenzusage vorhanden von <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Sonstige:

Ärztliche Betreuung	
Hausarzt derzeit	
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vorsorge-/Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ort und Datum:

Name, Unterschrift des Interessenten:

Name, Unterschrift ggf. des rechtl. Betreuers:

	Bearbeitet	Geprüft	Freigegeben	Geltungsbereich:	HD / 15 / 16 / 17 / 37
Datum:	14.03.18	14.03.18	18.09.18	Revisionsstand:	00 Seite 2 / 2
Funktion / Name:	BL / J. Böcherer	QMB / N. Kern	HD / H. Wiemer	Registrier-Nr.:	HFK 1.0.8
<small>C:\Users\Breithaupt\Desktop\HFK 1_0_8 Anmeldung zur Heimaufnahme.doc</small>					