

## Anmeldung zur Heimaufnahme

<b>Interessent</b>			
Familienname			
Vorname			
Aktueller Wohnort Straße, Hausnummer			
Telefon		E-Mail	
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			
<b>Angehörige</b>			
Familienname			
Vorname			
Wohnort Straße, Hausnummer			
Telefon		E-Mail	
Verwandtschaftsgrad			
<b>Angehörige/Bekannte</b>			
Familienname			
Vorname			
Wohnort Straße, Hausnummer			
Telefon		E-Mail	
Verwandtschaftsgrad			
<b>Gesetzliche Betreuung</b> <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie des Betreuerausweises mitschicken) <input type="checkbox"/> Nein			
Familienname			
Vorname			
Aktueller Wohnort Straße, Hausnummer			
Telefon		Handy	
Faxnummer		Email	
Aufgabenkreis	<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:	28.11.19	28.11.19	23.01.20	Revisionsstand:	01    Seite 1 / 2
Funktion / Name:	P. Pestl	QMB / S. Schieting	HD / H. Wiemer	Registrier-Nr.:	HFK 1.0.8
<small>C:\Users\gerberm\AppData\Local\Microsoft\Windows\NetCache\Content.Outlook\IP6G9ZS1O\HFK 1_0_8 Anmeldung zur Heimaufnahme (002).doc</small>					

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Anfrage und Anmeldung	
Interesse am folgendem Bereich	<input type="checkbox"/> Haus 15 Psychiatrisches Wohnheim <input type="checkbox"/> Haus 37 Psychiatrisches Wohnheim <input type="checkbox"/> Außenwohngruppen des Psychiatrischen Wohnheims <input type="checkbox"/> Haus 16 Heilpädagogisches Heim <input type="checkbox"/> Haus 17 Gerontopsychiatrisches Pflegeheim <input type="checkbox"/> geschlossene Unterbringung
Gewünschter Aufnahmezeitpunkt	
Wünsche zur Aufnahme	
Pflegegrad	<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"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Sonstige:
Zuständiges Sozialamt, Sachbearbeiter	

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

Ort und Datum:

Unterschrift des Interessenten:

Ggf. Unterschrift des gesetzl. Betreuers / Bevollmächtigten:

	Bearbeitet	Geprüft	Freigegeben	Geltungsbereich:	HD / 15 / 16 / 17 / 37
Datum:	28.11.19	28.11.19	23.01.20	Revisionsstand:	01      Seite 2 / 2
Funktion / Name:	P. Pestl	QMB / S. Schieting	HD / H. Wiemer	Registrier-Nr.:	HFK 1.0.8
<small>C:\Users\gerberm\AppData\Local\Microsoft\Windows\NetCache\Content.Outlook\IP6G9ZS1O\HFK 1_0_8 Anmeldung zur Heimaufnahme (002).doc</small>					