

# Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme einreichen)

Ansprechpartner: Frau Birgit Frisch  
 Telefon: 03841 / 33 46-17  
 Störtebekerstraße 2, 23966 Wismar  
 Email: [heimaufnahme@pflegeheim-wismar.de](mailto:heimaufnahme@pflegeheim-wismar.de)

<b>Vor- und Zuname</b>		geborene:
Adresse	Straße:	Telefon:
	PLZ:	Email:
	Ort:	
Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Pflegeheim, bitte entsprechende Adresse)	Straße:	Telefon:
	PLZ:	
	Ort:	
Geburtsdatum/-ort	Datum	Ort
Beruf		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	
Staatsangehörigkeit		
Konfession		

1. Angehörige	Name:	Telefon:
	Straße:	Email:
	PLZ:	
	Ort:	
	wie verwandt	
2. Angehörige	Name:	Telefon:
	Straße:	Email:
	PLZ:	
	Ort:	
	wie verwandt	
3. Angehörige	Name:	Telefon:
	Straße:	Email:
	PLZ:	
	Ort:	
	wie verwandt	

Ansprechpartner Betreuer Bevollmächtigter Betreuung angeregt

Betreuer / Bevollmächtigter	Name:	Telefon:
	Straße:	Email:
	PLZ:	
	Ort:	
Wirkungskreis	<input type="checkbox"/> Gesundheitspflege/ Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/> Post- und Fernmeldeverkehr <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aufenthalt u. Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Vertretung vor Gericht <input type="checkbox"/> in allen Angelegenheiten

Hausarzt	Name:	Telefon:
	Straße:	Fax:
	PLZ:	Email:
	Ort:	

Krankenkasse	Name:
	KV-Nr.:
	PLZ:
	Ort:
	Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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 <input type="checkbox"/> Höherstufung erforderlich

gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> ggf. Aufnahmetermin:
gewünschte Einrichtung	<input type="checkbox"/> Friedenshof <input type="checkbox"/> Wendorf <input type="checkbox"/> Lübsche Burg

Kostenträger	Selbstzahler <input type="checkbox"/> Wird Unterstützung beim Sozialamt bezogen oder beantragt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?: _____
--------------	---

Bemerkungen	
-------------	--

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers