

BGR-JOSEF-ZINNBAUER-STR. 8 • 84130 DINGOLFING • TEL. 08731/ 3168-0 • FAX 08731/ 3168-110
E-mail: buengerheim@dingolfing.de • www.buengerheim-dingolfing.de

F 43 ANMELDUNG

- HEIMANMELDUNG**
 BETREUTES WOHNEN
 TAGESPFLEGE
 KURZZEITPFLEGE

Eingang:

Pflegegrad:

Vermerk:

1. Name: _____ Vorname(n): _____

2. Hauptwohnsitz / Straße: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Tel.: _____
Fax: _____ E-Mail: _____

3. Derzeitiger Aufenthalt / Straße: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Tel.: _____

4. Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ ggf. Geburtsname: _____

5. Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

6. Letzte Eheschließung am: _____ in _____ Name des Ehegatten: _____

7. Ehegatte verstorben am: _____ in _____ Beruf des Ehegatten: _____

8. Erlerner Beruf des Aufzunehmenden: _____
zuletzt ausgeübter Beruf des Aufzunehmenden: _____

9. Anzahl der Kinder: _____ Verstorben: _____

10. Angehörige / Vertrauenspersonen:

10. 1 Name / Adresse / Telefon: _____

10. 2 Name / Adresse / Telefon: _____

11. Vorsorgevollmacht -> Bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beilegen!

Name / Adresse / Telefon: _____

12. Amtlicher Betreuer: _____ Tel.: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

13. Krankenkasse / Pflegekasse: _____ Tel.: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

14. Krankenversicherungsnummer: _____

15. Beihilfeversicherung: _____

16. Pflegegrad: _____

17. Hausarzt: _____ Tel.: _____

Adresse: _____

18. Monatliches Einkommen

	Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag / €
18.1			
18.2			
18.3			

19. Die Heimkosten werden aufgebracht durch: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- das oben angeführte monatliche Einkommen
- Zahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)
- Zahlung von (z. B. lt. Übergabevertrag) _____
- das zuständige Sozialamt in _____
- Leistungen der Pflegekasse

20. Bankverbindung: _____ BIC: _____

IBAN: _____

21. Gewünschte Unterbringung bei Heimaufnahme (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

22. Gewünschter Aufnahmeterrnin: _____

23. Personalausweis-Nr. _____ ausgestellt am _____ durch: _____

24. Regelung im Sterbefall

24.1. Haben Sie eine Bestattungsvorsorge getroffen?

- ja, Institut: _____
- nein

24.2. Im Sterbefall ist/sind sofort zu verständigen: _____

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift des Aufzunehmenden

ggf. amtl. Betreuer