



## Heim- Aufnahmeantrag

### 1. Personalien des Antragsteller/in

1.1. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geborene: \_\_\_\_\_

1.2. Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

1.3. PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

1.4. Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

1.5. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ 1.6. Geburtsort: \_\_\_\_\_

1.7. Familienstand: \_\_\_\_\_ 1.8. Konfession: \_\_\_\_\_

1.9. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

### 2. Angehörige/Ansprechpartner:      wie verwandt: \_\_\_\_\_

2.1. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

2.2. Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

2.3. PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

2.4. Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

Name der Firma: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**3. gesetzl. Betreuung**ja 

Name, Anschrift, Tel.-Nr.:

bitte eine Kopie vom  
Beschluss abgeben !nein wird beantragt 3.1. Bereiche: Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge  Wohnungsauflösung Vermögenssorge  Postkontrolle Vertretung gegenüber Ämtern, Behörden, Versicher. Freiheitsentziehende Maßnahmen 

Was: \_\_\_\_\_

Abwicklung bei Todesfall: Ausführender aller Erforderlichkeiten

3.2. Vollmachten: nein  ja  Name: \_\_\_\_\_bitte eine Kopie von Vollmachten abgeben !

Bereiche: \_\_\_\_\_

**4. weitere Angehörige** wie verwandt: \_\_\_\_\_

4.1. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

4.2. Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

4.3. PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

4.4. Telefon: \_\_\_\_\_

4.5. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

4.6. Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

4.7. PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

4.8. Telefon: \_\_\_\_\_

## **5. Hausarzt**

Seite 3/4

5.1. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

5.2. Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

5.3. PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

5.4. Telefon: \_\_\_\_\_

5.5. Fax: \_\_\_\_\_

## **6. Krankenkasse**

6.1. Name: \_\_\_\_\_

6.2. Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

6.3. PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

6.4. Heimnotwendigkeit      ja       nein       wann beantragt ?

6.5. Antrag vollstat. Pflege      ja       nein       wann beantragt ?

6.7. Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

6.7. Einstufung / ab wann? \_\_\_\_\_ (bitte eine Kopie vom

Schreiben der Krankenkasse abgeben)

6.8. liegt ein Befreiungsausweis vor ?      ja       nein

6.9. liegt ein Schwerbeh.-Ausweis vor ?      ja       nein

**7. Haftpflichtvers.**      ja       nein       beantragt

## **8. Heimkosten-Rechnung an:**

8.1. Name: \_\_\_\_\_

8.2. Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

8.3. PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

8.4. Telefon: \_\_\_\_\_

8.5. Fax: \_\_\_\_\_

8.6. Vereinbarungen: \_\_\_\_\_

8.7. Heimkostenträger: Privatzahler 8.8. Sozialamt: Kreis 

---

(Anschrift)Stadt in: 

---

(Anschrift)**9. Hausinternes**\* 9.1. Namensschilder bestellen + einpatchen ja \* 9.2. Wäsche waschen im Haus ja 9.3. Kosmetikartikel vom Haus ja  nein 9.4. bettlägerig ja  nein 9.5. Getränke vom Haus ja  nein 9.6. Kiosk vom Haus (Süßigkeiten...) ja  nein 9.7. Sonderwünsche 

---

\* zu Punkt 9.1. und 9.2.: bei vollstationärer Pflege werden die Namensschildchen berechnet, einmalig 25,- € für Namensschildchen und einpatchen

**10. Sonstiges** 

---

**11. Aufnametag:** 

---

**Zimmer:** 

---

Lorscheid, den

---

Datum

---

Unterschrift AntragstellerIn/Betreuer

---

Unterschrift HeimAnschrift: **Senioren- u. Pflegeheim  
"Holunderbusch GmbH"  
Flachsfelder 2 - 4  
54317 Lorscheid****Telefon: 06500 / 912-0****Fax: 06500 / 912-410**