

Bgm.-Rohrmüller-Str. 9-11  
86554 Pöttmes  
Tel.08253/9979310  
Fax 08253/1622



**Achtung!**  
**Bitte in Blockschrift**  
**ausfüllen!!!**  
**Unterschrift letzte Seite**  
**NICHT VERGESSEN!**

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Dauerpflege

Kurzzeit-/Verhinderungspflege

1. Name:		Geburtsname:	
2. Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen):			
3. Adresse (Straße, PLZ, Ort): <input type="checkbox"/> polizeilich gemeldeter Hauptwohnsitz			
4. Geburtsdatum:		Geburtsort:	
5. Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig			
6. Konfession:		7. Staatsangehörigkeit:	8. Beruf:
<b>9. Angehörige:</b>			
a) <u>Name, Vorname:</u> _____			
<u>Str., PLZ, Ort:</u> _____			
<u>Telefon und E-Mail:</u> _____			
<u>Wie verwandt:</u> _____			
Name, Vorname: _____			
Str., PLZ, Ort; _____			
Telefon u. E-Mail: _____			
Wie verwandt: _____			
11. Vorsorgevollmacht: ⇔ Bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beilegen!			
a) <u>Name, Vorname:</u> _____			
<u>Str., PLZ, Ort:</u> _____			
<u>Telefon und E-Mail</u> _____			

Bgm.-Rohrmüller-Str. 9-11  
86554 Pöttmes  
Tel.08253/9979310  
Fax 08253/1622



**Achtung!**  
**Bitte in Blockschrift**  
**ausfüllen!!!**  
**Unterschrift letzte Seite**  
**NICHT VERGESSEN!**

12. Patientenverfügung: ⇨ Bitte Kopie der Patientenverfügung beilegen!

ja  nein

13. Hausarzt:

Name: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

14. Gewünschte Unterbringung:

Einzelzimmer  Doppelzimmer  keinen Wunsch

15. Gewünschter Aufnahmeterrmin:

Bei Dauerpflege: vom: \_\_\_\_\_

Bei Kurzzeitpflege: vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

In anderen Heimen bereits in Anspruch genommene KZP: \_\_\_\_ Tage

16. Pflegegradbewilligung der Pflegekasse: ⇨ Bitte Pflegegradbescheid beilegen!

beantragt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Pflegegrad 1  Pflegegrad 2  Pflegegrad 3  Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

17. Kranken- bzw. Pflegekasse:

Versicherungsnummer:

18. Bei Umzug aus anderer Pflegeeinrichtung: Datum Erstaufnahme stationär:

Wichtig für die Pflegereform 2022 zur Berechnung der Zuschusshöhe durch die Pflegekasse!!!

19. Zuzahlungsbefreit: ⇨ Bitte Kopie beilegen!

ja  nein

20. Kostenträger:

Selbstzahler

Rechnungsadresse:

Sozialhilfe ⇨ Bitte Kopie vom Bescheid beilegen!

Altersrente \_\_\_\_\_ € Witwenrente \_\_\_\_\_ €

21. Rechnungsempfänger:

Bewohner  Betreuer  Bevollmächtigter

Einzugsermächtigung wird mit Abschluss des Heimvertrages erteilt:

Bgm.-Rohrmüller-Str. 9-11  
86554 Pöttmes  
Tel.08253/9979310  
Fax 08253/1622



**Achtung!**  
**Bitte in Blockschrift**  
**ausfüllen!!!**  
**Unterschrift letzte Seite**  
**NICHT VERGESSEN!**

**22. Zahlungsart** (für Selbstzahler bzw. Eigenanteil):

Bitte buchen Sie den monatlich fälligen Betrag von folgendem Konto ab:

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

per Überweisung

**23. Regelung im Sterbefall**

**23.1 Haben Sie eine Bestattungsvorsorge getroffen?**

ja, Institut: \_\_\_\_\_ (bitte Kopie beilegen)       nein

**23.2 Im Sterbe/Todesfall ist/sind sofort zu verständigen:** \_\_\_\_\_

**23.3 Der gesamte Nachlass/Zimmerräumung wird geregelt durch:**

Name/Adresse: \_\_\_\_\_

**24. Eingehende Post**

An die/ den Bewohnerin auszuhändigen       im Mitarbeiterzimmer hinterlegen

Auf Kosten der Bewohnerin/Bewohner weiterleiten an: \_\_\_\_\_

**25. Interne Vermerke:**

Zimmernummer: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Investkosten:  EZ       DZ       APP       entfällt

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Senioreneinrichtung Sonnengarten GmbH ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben zu prüfen. Die Angaben sind für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Senioreneinrichtung Sonnengarten GmbH für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach den Vorschriften des dritten Abschnitts des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers