

	<h2>Heimaufnahmeantrag</h2>	<b>QHB III - Einzug</b>
Seite 1 von 1	Stationäre Seniorenpflege	Heimaufnahmeantrag

**Antrag für Einrichtung:** \_\_\_\_\_

**Debitorennummer** (wird von der Einrichtung ausgefüllt): \_\_\_\_\_

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege | <input type="checkbox"/> Stationäres Wohnen | <input type="checkbox"/> Erwachsenenpflege |
| Gerontopsychiatrische Wohngruppe:              | <input type="checkbox"/> geschlossen        | <input type="checkbox"/> offen             |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer          | <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer     | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege    |

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname / Familienstand: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Wohnort (Anschrift): \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_ Kto-Nr.: \_\_\_\_\_

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

- Selbstzahler/in     SH-Empfänger/in    Beihilfe:  ja     nein

Art des Einkommens	Zahlstelle	Nr. und Aktenzeichen	€ (monatlich)
a)			
b)			
c)			
d) Ersparnisse:			

Pflegeversichert:  ja     nein    Pflegestufe: \_\_\_\_    Inkontinenzmittelpauschale:  ja     nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_    Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Sterbeversicherung: \_\_\_\_\_

Hinterlegung Nachlassgericht:  ja     nein    Testament:  ja     nein

**Angehörige/Betreuer/Bevollmächtigte:** Verhältnis zum Antragssteller: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort(Anschrift): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_    E-Mail: \_\_\_\_\_

Wertsachen Hinterlegung vom: \_\_\_\_\_    Nachlassempfang ist: \_\_\_\_\_

Besondere Vereinbarungen: \_\_\_\_\_

Berechnung der Heimkosten ab: \_\_\_\_\_

München, den \_\_\_\_\_

Datum

Antragsteller/in

Zentrale Belegung

Erstellt	Geprüft	Freigegeben	Datum	Version
HV/Agne	K.Scheitz/M.Eckert	Kopp (Referent)	30.04.2014	2.1