

|   |                             |                         |
|---|-----------------------------|-------------------------|
|  | <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     |