

**Anmeldung zur Heimaufnahme**  
 (unverbindlich)

- Einzelzimmer (25,50 qm)  
 Platz im Doppelzimmer (35,20 qm : 2 = 17,60 qm)

Gewünschter Einzugstermin: \_\_\_\_\_

**BITTE LESERLICH UND VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!**

**Aufzunehmende Person:**

Familienname, bei Frauen auch Geburtsname:		Vornamen, Rufname bitte unterstreichen:
geb. am:	in:	Kreis, Land:
Fam.Stand:	Konf.:	fr. Beruf:
PLZ:	Ort:	Straße, Nr.:
Telefon:		

**Ehepartner:**

Familienname, bei Frauen auch Geburtsname:		Vornamen, Rufname bitte unterstreichen:
geb. am:	in:	Kreis, Land:
Eheschließung am:	in:	Kreis, Land:
Telefon:		

**Kinder:**

Name:	Anschrift:	Tel.:
Name:	Anschrift:	Tel.:
Name:	Anschrift:	Tel.:

**Sonstige Angehörige/Bezugspersonen:**

Name:	Anschrift:	Tel.:
Beziehung:		
Name:	Anschrift:	Tel.:
Beziehung:		
Name:	Anschrift:	Tel.:
Beziehung:		

**Eingehende Post soll:**

- dem Bewohner persönlich ausgehändigt werden  
 für Betreuer / Bevollmächtigten in der Verwaltung gesammelt werden  
 an Betreuer / Bevollmächtigten per Post zugeschickt werden

Bitte wenden 

**Besteht eine gesetzliche Betreuung?**

Nein Ja, \_\_\_\_\_  
Name, Adresse und Tel. des Betreuers

**Besteht eine Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht?**

Nein Ja, \_\_\_\_\_  
Name, Adresse und Tel. des Bevollmächtigten

**Besitzen Sie eine Patientenverfügung?** Nein Ja

**Verfügen Sie über einen Vorsorgevertrag?** Nein Ja

**Bestattungsunternehmen:**

Name:  
Straße  
PLZ/Ort:  
Telefon

**Wenn ja, bitte entsprechende Nachweise in Kopie einreichen. Vielen Dank!**

**Sind Sie in der Lage, die Heimkosten aus eigenen Mitteln zu bezahlen, oder muss zur Deckung der Heimkosten ein Sozialhilfeantrag beim Bezirk Oberfranken gestellt werden?**

Selbstzahler Übernahme der Heimkosten durch den Bezirk Oberfranken

**Krankenkasse/Pflegekasse:** \_\_\_\_\_

**Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

**Zuzahlungsbefreiung Krankenkasse:** Nein Ja

**Sind Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt?**

Nein  
Ja, zu \_\_\_\_\_ %

**Pflegegrad:** \_\_\_\_\_ **seit:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Mit Abgabe der unterzeichneten Anmeldung zur Heimaufnahme bestätige ich den Erhalt der vorvertraglichen Informationen nach § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz.

Bayreuth, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Wie wurden Sie auf das Hospitalstift aufmerksam?**

- Empfehlung durch Bekannte
- Empfehlung durch Arzt/Krankenhaus
- Zeitungsanzeige
- Telefonbuch
- Internet