

Aufnahmeterrmin

Unterbringung im

am.....

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Krankenkasse/Pflegekasse:.....Mitglieds-Nr.

.....
Anschrift der KK/PK

Pflegegrad bereits vorhanden ja

welcher: _____

nein

(bitte Pflegegradbescheid beifügen)

Pflegegrad wird beantragt durch:

Begutachtung erfolgte am:

Beihilfeberechtigung

Bezeichnung der Beihilfestelle:.....

.....
Anschrift der Beihilfestelle

Befreiung von Zuzahlungen ja

nein

Ausstellungsdatum Befreiungskarte:

Fahrtkosten bis

Medikamentenzuzahlung bis

Heil- und Hilfsmittel bis

Rundfunkgebühren bis

Benennung der behandelnden Ärzte

Gesundheitswesen	Name	Anschrift	Tel. Nr.
Hausarzt			
Facharzt für			
Facharzt für			
Facharzt für			

Monatliches Nettoeinkommen (bitte Nachweise beifügen)

Art des Einkommens	Betrag	Unterlagen liegen vor:
Altersrente / Pension		
Blindenrente		
Unfallrente		
Witwenrente		
Lebensversicherung		
Kriegsopfer / Beihilfe		
Einnahmen aus Miete / Pacht		
Sonstiges		

Übernahme des Heimentgeltes

- aus oben aufgeführtem monatlichem Einkommen
 Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)
 Zuzahlung von Dritten
 durch das zuständige Sozialamt
 Sozialhilfeantrag erforderlich Antrag erfolgte durch/am

Angaben zur Bestattung

Liegt ein Vorsorgevertrag vor? ja nein

Bestattungsinstitut:

Friedhof / Ort:..... Bestattungsart:.....

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird ausdrücklich versichert. Ich/wir bestätige/n, dass ich/wir diese Selbstauskunft nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig erteilt habe/n.

Bei Abgabe dieses Antrages bitte eine Kopie vom Personalausweis sowie der Krankenversicherungskarte beifügen.

.....
Ort, Datum

.....
Ort, Datum

.....
Bewohnerin

.....
Betreuer/in / Vertreter/in