



Spitalgasse 3, 91438 Bad Windsheim  
Tel: 09841/6669-0 - Fax: 09841/6669-15

\_\_\_\_\_ eingegangen am

### Anmeldung zur Stationären Heimaufnahme

Stationärer Pflegeplatz ab: \_\_\_\_\_  Vorsorgliche Anmeldung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Geburtsort: \_\_\_\_\_

Aktuelle Adresse: \_\_\_\_\_

Anschrift

Postleitzahl & Wohnort

Aktuelle Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Pflegegrad  keine  1  2  3  4  5

Antrag „Nahtlosen Übergang“ wurde gestellt am \_\_\_\_\_

---

### Nächste Angehörige – Sonstige Vertrauensperson

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl & Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl & Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

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

---

### Hausarzt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl & Wohnort: \_\_\_\_\_

---

### Krankenkasse

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

**Pflegekasse** \_\_\_\_\_

(nur angeben, wenn nicht = Krankenkasse)

**Betreuer**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl & Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bevollmächtigter**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl & Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Die Bezahlung der Heimkosten erfolgt durch**

Selbstzahler  Sonstige \_\_\_\_\_

Sozialhilfe Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_

Ich beziehe

<input type="checkbox"/> Altersrente	in Höhe von monatlich _____	EURO	Rentenbescheid beilegen
<input type="checkbox"/> Witwen/Witwer-Rente	in Höhe von monatlich _____	EURO	
<input type="checkbox"/> Invalidenrente	in Höhe von monatlich _____	EURO	
<input type="checkbox"/> Pension	in Höhe von monatlich _____	EURO	
<input type="checkbox"/> Sonstige Einkünfte	in Höhe von monatlich _____	EURO	

Ist ein Haus- und Grundbesitz vorhanden? ja/nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Wurde Rezeptgebührenbefreiung beantragt? ja/nein

Wurde Rundfunkgebührenbefreiung beantragt? ja/nein

Ist ein Betreuer bestellt? ja/nein

Besteht ein Anspruch nach dem Beihilfevorschriften des öffentl. Dienstes? ja/nein

Wenn ja, bitte angeben von  
Namen \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Anschrift Postleitzahl & Ort

**Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen, besondere Wünsche**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Heimbewohner/  
Bevollmächtigter / Betreuer

**Info:**

Das Zimmer muss selbst ausgestattet werden (Möbel, Lampen, Vorhänge etc.)  
Möblierte Zimmer können übernommen werden, eine Vereinbarung muss dafür unterschrieben werden.