

**1.105 Anfrage oder Anmeldung zur Heimaufnahme****Persönliche Angaben Interessent\*in**Vor-/Nachname  Geburtsname Adresse  PLZ/Ort Telefon  Geburtsort Geburtsdatum  Konfession Familienstand  Staatsangehörigkeit Derzeitiger Aufenthalt (KH, KZP, etc.) Wann wird die Aufnahme gewünscht? **Hausarzt/Hausärzt\*in**Name/Adresse **macht Hausbesuche im Altenpflegeheim** ja  nein **Impfstatus Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft/genesen** ja  nein **Krankenversicherung**Krankenkasse  Vers.nummer Anschrift  Telefon Pflegegrade 1  2  3  4  5  beantragt am **Zahlart**Selbstzahler\*in  Sozialamt **Angehörige**Vor-/Nachname Adresse  PLZ/Ort Telefon  wie verwandt **Betreuer\*in**gesetzliche Betreuung  Vorsorgevollmacht für folgenden Bereich: Aufenthaltsbestimmung  Gesundheitsfürsorge  Vermögensfürsorge Vor-/Nachname Betreuer\*in  wie verwandt Anschrift Telefon  Mail Datum  Unterschrift Bewohner\*in, Betreuer\*in, Bevollmächtigte/r **wird von der Einrichtung ausgefüllt**Aufnahmedatum  Reservierungsdatum  Zimmernummer