



Pflegeheim Schloss Römershag

Schlossstr. 14

97769 Bad Brückenau

Telefon: 09741 9136-0

Telefax: 09741 9136-20

E-Mail: info@ph-schloss-roemershag.de

Internet: www.ph-schloss-roemershag.de

Heimaufnahme-Antrag

Persönliche Daten

Nachname: _____ Geburtsname: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____
Familienstand: _____
Wohnort vor der Heimaufnahme (gemeindlich gemeldet): _____
Genaue Anschrift: _____
Personalausweis-
nummer: _____ Ausgestellt/Gemeinde/Stadt: _____

Angehörige

	1. Angehörige/r	2. Angehörige/r	3. Angehörige/r
Name, Vorname:	_____	_____	_____
Straße, Hausnr.:	_____	_____	_____
PLZ, Ort:	_____	_____	_____
Telefon privat:	_____	_____	_____
Telefon dienstlich:	_____	_____	_____
Handy:	_____	_____	_____
FAX:	_____	_____	_____
E-Mail-Adresse:	_____	_____	_____
Verwandschafts- verhältnis:	_____	_____	_____

Weitere Angehörige: Bitte füllen Sie ein Beiblatt aus

Ist eine amtlich/richterlich angeordnete Betreuung vorhanden? Ja / nein

Ist eine Vollmacht vorhanden? Ja / nein

Name, Vorname:	_____	Telefon privat:	_____
Straße, Hausnr.:	_____	Telefon dienstlich:	_____
PLZ, Ort:	_____	Handy:	_____
Verwandschafts-verhältnis:	_____	FAX:	_____
		e-mail-Adresse:	_____

Krankenkasse

Name der Krankenkasse:	_____	Telefon:	_____
Straße, Hausnr.:	_____	Versicherungsnummer:	_____
PLZ, Ort:	_____		

Rezeptgebührenbefreiung vorhanden? Nein / Ja (zutreffendes bitte unterstreichen)

Bisheriger Hausarzt

Name des
Arztes: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____

Pflegekasse

Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft? Ja / Nein (zutreffendes bitte unterstreichen)

Eingestuft seit: _____

Pflegegrad: _____

Antrag auf Einstufung gestellt : wann / wo ?

(nur ausfüllen, wenn bisher keine Einstufung erfolgt ist)

Von wem werden die Heimkosten getragen?

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Sozialhilfeantrag ist

gestellt bei: _____ am: _____

Wer soll im Notfall / oder bei Ableben verständigt werden?

Zutreffendes bitte unterstreichen:

Angehöriger 1)

Angehöriger 2)

Angehöriger 3)

Betreuer

Sonstiger:

Wird bei gesundheitlichen Veränderungen

eine Verständigung während der Nacht

gewünscht ?

Ja / Nein

(zutreffendes bitte unterstreichen)

Wo soll die Beisetzung erfolgen?

Welches Bestattungsinstitut

soll die Bestattung durchführen?

(Bitte informieren Sie sich ggfs. im Internet)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / gesetzlichen Vertreters