

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: _____

Antrag Heimaufnahme

Version 2

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