

Ringstraße 55  
92318 Neumarkt i.d.OPf.  
Tel.: 09181/2667-0  
Fax: 09181/2667-15



Caritas-  
Seniorenheim  
St. Johannes

Eingangsvermerk des Heimes:

Vollstationäre Pflege

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Familienname: ..... Geburtsname: ..... Vorname: .....  
Adresse (Straße, PLZ, Wohnort): .....  
..... Telefon: .....  
Geburtsdatum: ..... Geburtsort: ..... Nationalität: .....  
Konfession: ..... Familienstand: ..... Früherer Beruf: .....  
Bankverbindung: .IBAN......BIC.....

### Anschrift nächster Angehöriger

1. Name, Vorname: ..... Verwandtschaftsverhältnis: .....  
Straße, PLZ, Wohnort: ..... Telefon: .....  
2. Name, Vorname: ..... Verwandtschaftsverhältnis: .....  
Straße, PLZ, Wohnort: ..... Telefon: .....

Corona- Impfung: Ja  Nein

Zu welchem Zeitpunkt soll die Aufnahme erfolgen?  dringend  später

Wünschen Sie eine Aufnahme  im Einzelzimmer  im Doppelzimmer

Möchten Sie Ihre eigenen Möbel mitbringen?  ja  nein

Name und Anschrift des Hausarztes: .....

Krankenkasse/Pflegekasse ..... Mitgliedsnr.: .....

Haben Sie eine private Pflegekasse? .....

Bekommen Sie bereits Leistungen der Pflegeversicherung?  ja  nein  beantragt am .....

Wenn ja,  Pflegegrad 1  Pflegegrad 2  Pflegegrad 3  Pflegegrad 4  Pflegegrad 5

Besteht eine Rezeptgebührenbefreiung?  ja, bis .....  nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?  ja  nein

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bei Heimaufnahme beantragt?  ja  nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

.....

Besteht eine Vollmacht:  ja  nein → wenn ja, vom .....

Betreuungsverfügung:  ja  nein → wenn ja, vom .....

amtl. Betreuung  ja  nein → wenn ja,

AZ: ..... Betreuung beim Betreuungsgericht: .....

Name, Anschrift und Tel. Nr. des Bevollmächtigten/Betreuers .....

.....

für die Bereiche:  Vermögensangelegenheiten  Gesundheit  Aufenthalt  Post

Behördenangelegenheiten

Ort, Datum: .....

.....  
Unterschrift des Antragstellers

.....  
Unterschrift des Bevollmächtigten, Betreuers