

## Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden)

12.	Krankenkasse			
13.	Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/>	Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	Termin zur Aufnahme <input style="width: 150px;" type="text"/>
14.	Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen			
15.	Kostenträger	Sind die eigenen Einkünfte zur Deckung der Heimkosten ausreichend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig)		
16.	Pflegekasse	<input type="text"/>	Pflegestufe	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Ort		<input style="width: 500px;" type="text"/>		
Datum		In welcher Eigenschaft	nach 9. <input type="checkbox"/>	nach 10. <input type="checkbox"/>

Wenn nicht Personengleichheit, Unterschrift des Aufzunehmenden