

**Anmeldebogen zur Heimaufnahme**

für die Dauerpflege ab: \_\_\_\_\_

für die Kurzzeitpflege von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name: Vorname: Geburtsname:

\_\_\_\_\_  
Straße: PLZ Ort: Telefon:

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: Geb.-Ort: Familienstand: Konfession: Staatsangeh.:

\_\_\_\_\_  
Adresse der Krankenkasse Krankenversicherungsnummer:

\_\_\_\_\_  
Derzeitiger Aufenthaltsort (z. B. Krankenhaus, Klinik, andere Adresse, usw.) Telefonnummer

**Rezeptgebührenbefreiung?**  Ja  Nein

**Wurden Leistungen der Pflegeversicherung beantragt**  Nein  Ja  
[ Hinweis: Bei Ihrer zuständigen Pflegekasse/ Krankenkasse ]

**Liegt bereits eine anerkannte Pflegebedürftigkeit vor**  Nein  Ja  
[ Hinweis: Überprüfung/ Einstufung durch die Pflegekasse ]

Grad:  1  2  3  4  5

Bitte legen Sie eine Kopie dem Antrag bei  oder reichen Sie diese nach

**Kostenübernahme:**

Selbstzahler

\_\_\_\_\_  
Name, Adresse

Sozialhilfe

\_\_\_\_\_  
Sozialhilfeträger, Adresse des Sozialhilfeträger (siehe Anlage Sozialhilfe)

Seite 2 siehe Rückseite

**Johanneshaus Nierstein gGmbH**

Gutenbergstraße 13 · 55283 Nierstein · Tel.: 0 61 33 / 9 60-0 · Fax: 0 61 33 / 96 0-111

E- Mail: [info@johanneshaus-nierstein.de](mailto:info@johanneshaus-nierstein.de) · [www.johanneshaus-nierstein.de](http://www.johanneshaus-nierstein.de)



**Anmeldebogen zur Heimaufnahme Seite 2**

**Angehörige:**

1) \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Besteht eine Vollmacht/ gesetzliche Betreuung:**  Nein  Ja

**Wer ist Bevollmächtigter/ gesetzlicher Betreuer?**

(Bitte legen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises/ der Vollmacht bei)

\_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Aufgabenkreis des Bevollmächtigten/ Betreuers:**

Gesundheitliche Maßnahmen  Finanzen  Aufenthaltsbestimmung

Sonstige \_\_\_\_\_

**Rechnungsadresse:**

\_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift