

Telefon: 07720 / 308-0

E-Mail: [info@buengerheim.de](mailto:info@buengerheim.de)

Fax: 07720 / 308908

Homepage: [www.buengerheim.de](http://www.buengerheim.de)

### Anmeldung zur Aufnahme

<b>Stationär</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Kurzzeitpflege</b>	<input type="checkbox"/>
ab.....		von.....	bis.....

**Nachname, Vorname**

**Geburtsname**

**Adresse**

Straße:

PLZ: Tel.:

Wohnort:

**Derzeitiger Aufenthalt**

Straße:

PLZ:

Wohnort:

**Geburtsdatum:** **Geburtsort:**

**Familienstand:** **Konfession:**

**Staatsangehörigkeit:** **Kinder:** ja  nein  **Anzahl:**

**Angehörige:**  
Verwandtschaftsverhältnis:

Vor- und Nachname:

Straße, Nr.:

PLZ: Wohnort:

E-Mail-Adresse: Telefon:

Verwandtschaftsverhältnis:

Vor- und Nachname:

Straße, Nr.:

PLZ: Wohnort:

E-Mail-Adresse: Telefon:

**Vorsorgevollmacht:** ja  nein  **Betreuungsverfügung:** ja  nein

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

Str. / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Kopie anbei

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** gesetzl.  privat

**KV-Versicherungsnr.:** Bitte wenden

**Pflegegrad** seit: \_\_\_\_\_ ohne  1  2  3  4  5

beantragt am: \_\_\_\_\_ Höherstufung beantragt am: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

### Monatl. Einkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag

### Finanzierung der Heimkosten durch

- Einkommen
- Pflegekasse
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)
- Beihilfeberechtigt
- Zuzahlung durch Sozialamt

### Wer stellt diesen Antrag

In welcher Eigenschaft: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

### Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Aufzunehmenden: \_\_\_\_\_