

## Anmeldung zur Heimaufnahme

**1. Vor- und Zuname**

(Geburtsname) \_\_\_\_\_

**2. Adresse**

Strasse, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**3. Derzeitiger Aufenthalt** (bei Krankenhaus oder Wohnheim bitte entsprechende Adresse)

Strasse, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**4. Geburtsdatum/ -ort** \_\_\_\_\_

**5. Familienstand** \_\_\_\_\_

**6. Konfession** \_\_\_\_\_

**7. Staatsangehörigkeit** \_\_\_\_\_

**8. Beruf** \_\_\_\_\_

**9. Krankheitsbild/ Diagnose/ Besonderheiten/ Sucht**

**(WICHTIG: bitte Sozialbericht/ ärztliche Gutachten beifügen!)**

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

**10. Angehörige**

a. Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Wie verwandt \_\_\_\_\_

b. Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Wie verwandt \_\_\_\_\_

**11. Vormund oder Betreuer**

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Wirkungskreis \_\_\_\_\_

**12. Hausarzt**

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**13. Krankenkasse** \_\_\_\_\_

**14. Termin zur Aufnahme** \_\_\_\_\_

**15. Hinweise,  
Ergänzungen**

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

**16. Kostenträger**

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?  ja  nein

Wenn ja, welcher Kostenträger ist zuständig?

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

**Ort**

\_\_\_\_\_

**Datum**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift des Antragstellers**

\_\_\_\_\_

**In welcher Eigenschaft?**

nach 10.

nach 11.

**Wenn nicht Personengleichheit,**

**Unterschrift des Aufzunehmenden**

\_\_\_\_\_