



# Fischer's Seniorenzentrum

Einrichtung der Fischer's Wohltätigkeitsstiftung Erding

- Wohn- und Pflegestift -

- Zentrum für offene Seniorenarbeit -

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beachten: Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden.

Herzlichen Dank!

1. Familienname (Geburtsname): \_\_\_\_\_

2. Vorname(n) - Rufname unterstreichen: \_\_\_\_\_

3. Wohnung (mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet):

\_\_\_\_\_

Postleitzahl Wohnort (Gemeinde)

Tel.-Nr.

4. Nebenwohnung (mit 2. Wohnsitz polizeilich gemeldet):

Straße

Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Gemeinde

5. Derzeitiger Aufenthalt:

Straße

Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Gemeinde

6.  Derzeit in einem Krankenhaus, Heim, Institution, o.ä.:

Name des Krankenhauses, o.a.

Anschrift

Aufnahmetag

Aufnahmegrund

7. Geburtsdaten:

Geburtstag

Geburtsort

8. Familienstand

9. Konfession

10. Staatsangehörigkeit

11. Letzte Eheschließung am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

12. Beruf erlernt: \_\_\_\_\_ zuletzt ausgeübt \_\_\_\_\_

13. Beruf des (Ehe-) Partners: \_\_\_\_\_

14. Kinder:

---

---

---

15. Angehörige (Name, inwiefern verwandt, Anschrift, Tel.):

---

---

---

16. Betreuer oder Pfleger (Name, Anschrift, Tel.)

---

17. Krankenkasse: \_\_\_\_\_

18. Mitgliedsnummer der KK: \_\_\_\_\_

19. Versicherungsverhältnis: \_\_\_\_\_

20.  bei Familienversicherung: Name u. Geburtstag des Versicherten

---

21. Wer bezahlt die Beiträge: \_\_\_\_\_

22. Hausarzt (Name, Praxisadresse, Tel.):

---

23. Monatliches Einkommen (aktueller Stand):

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag
--------------------	-----------------	--------

24. Kostenträger (zutreffendes ankreuzen):

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

das oben aufgeführte monatliche Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben) - aktueller Bestand in €

Zahlung von \_\_\_\_\_

das zuständige Sozialamt in \_\_\_\_\_

25. Die Kostenverpflichtungserklärung

liegt bei  folgt in den nächsten Tagen  muss noch beantragt werden

wurde beantragt am \_\_\_\_\_

(Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei erklärt ist.)

26. Pflegegrad:  Pflegegrad \_\_\_\_\_  
 beantragt am \_\_\_\_\_

27. Gewünschte Unterbringung:

- Einzelzimmer
- Einzelzimmer Komfort
- Doppelzimmer
- Doppelzimmer Komfort

28. Termin (für wann wird die Aufnahme gewünscht): \_\_\_\_\_

29. Aus welchem Grund wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?

---

---

30. Frühere Unterbringung in einem Heim o.ä. (Wo? Wann? Grund?):

---

---

31.  Diät notwendig      Art der Diät: \_\_\_\_\_  
Grund: \_\_\_\_\_

32. Antragsteller (Name, Anschrift, Tel.):

---

in der Eigenschaft als: \_\_\_\_\_

33. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:

---

---

---

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Falls Antragsteller nicht Aufzunehmender, Unterschrift des Aufzunehmenden