



# 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. Gewünschte Unterbringung:**

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer
- Mehrbettzimmer
- Pflegestation notwendig
- im Erdgeschoß

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

**28. Aus welchem Grund wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?**

---

---

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

---

---

**29.**  **Diät notwendig**      Art der Diät: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

**30. Antragsteller** (Name, Anschrift, Tel.):

---

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

**31. 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