



**Anmeldung zur Heimaufnahme**

Seniorenheim

Josef-Bauer-Haus  
Falkenstr. 14  
93309 Kelheim  
[info@ahkelheim.brk.de](mailto:info@ahkelheim.brk.de)

Seniorenheim

Bahnhofstr. 6  
93326 Abensberg  
[info@ahabensberg.brk.de](mailto:info@ahabensberg.brk.de)

Erstgespräch am:

mit Mitarbeiter:

Mit Angehörigen:

Vormerkung

Warteliste

Anmeldung zur Heimaufnahme

**Antragsteller**

Name

Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon-Nr:

Derzeitiger Aufenthalt:  Krankenhaus  Reha  zu Hause  sonstiges

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

Früherer Beruf

Nationalität

Geschlecht

Familienstand

Anzahl der Kinder

Konfession

Schwerbehindertenausweis  ja %  nein

: Rezeptgebührenbefreit:  ja  nein

Besondere Kostform/Diät/Unverträglichkeiten:

nein

ja, welche

**Gewünschte Unterbringung**

Stationäre Pflege ab

Kurzzeitpflege von

bis

Einzelzimmer

Doppelzimmer

(das gewünschte Einzugsdatum stellt weder für den Antragsteller, noch das Seniorenheim eine verbindliche Zusage dar)



## Anmeldung zur Heimaufnahme

### Angehörige/Bezugsperson/Ansprechpartner

Name, Vorname

Adresse

Telefon

E-Mail

Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname

Adresse

Telefon

E-Mail

Verwandtschaftsgrad

### Name und Anschrift des Hausarztes:

### Betreuer oder Bevollmächtigter:

### Wirkungskreis der Betreuung:

Besteht eine Vorsorgevollmacht?

 ja nein

Besteht eine Patientenverfügung?

 ja nein

### Name der Krankenkasse/Pflegekasse:

### Versicherungsnummer:

### Wäsche:

kooperierende Wäscherei

Selbstversorger

### Apotheke:

kooperierende Apotheke

Selbstversorger

### Kostenträger:

Selbstzahler

Sozialhilfeempfänger

Beihilfe

### Pflegegrad:

ohne

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

Einstufung beantragt:  nein  ja, am \_\_\_\_\_, wo \_\_\_\_\_

§ 43b eingeschränkte Alltagskompetenz  ja  nein

### Versicherung:

(bitte Bescheid geben oder Antrag auf Pflegeleistung in Kopie beifügen)



## Anmeldung zur Heimaufnahme

### Impfstatus:

COVID-19	ja, Datum	nein
Influenza (Grippe)	ja, Datum	nein

**Bemerkungen und Ergänzungen** (z.B. Gründe für die Heimaufnahme):

Datum:

Ort:

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

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.