



Bitte zusammen mit  
„Ärztlicher Fragebogen“  
einsenden oder mitbringen.

## Anmeldung zur Heimaufnahme Haus St. Anna

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Anmeldung</b> zur Heimaufnahme  | <input type="checkbox"/> Kurzzeit   |
| <input type="checkbox"/> <b>Vormerkung</b> zur Heimaufnahme | <input type="checkbox"/> Dauer  |
| <input type="checkbox"/> offene Wohngruppe                  | <input type="checkbox"/> beschützende Wohngruppe<br>(nur mit richterlichem Beschluss) |

**Haus Katharina**  
Katharinenheimstraße 18, 83093 Bad Endorf  
Tel.: 08053 / 406 - 0, Fax.: 08053 / 406 - 406

**Haus St. Anna**  
Taubenstraße 2, 83101 Thansau  
Tel.: 08031 / 35469 - 0, Fax.: 08031 / 35469 - 437

Ich bin bereits Kunde von  Daheim betreut Wohnen  Tagespflege

Vereinbarter Termin zur Aufnahme am: \_\_\_\_\_ Eingezogen am: \_\_\_\_\_

|                    |  |
|--------------------|--|
| Name: _____        | Geburtsdatum: _____                    |
| Geburtsname: _____ | Geburtsort: _____ Familienstand: _____ |
| Konfession: _____  | Staatsangehörigkeit: _____             |

|                  |                               |
|------------------|-------------------------------|
| Anschrift: _____ |                               |
| Telefon: _____   | derzeitiger Aufenthalt: _____ |

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| <b>Angehörige:</b>  |                     |
| Name: _____         | Name: _____         |
| wie verwandt: _____ | wie verwandt: _____ |
| Anschrift: _____    | Anschrift: _____    |
| _____               | _____               |
| Telefon: _____      | Telefon: _____      |
| Handy: _____        | Handy: _____        |
| E-Mail: _____       | E-Mail: _____       |

**gesetzlicher Betreuer / bzw. Bevollmächtigter:** \_\_\_\_\_  
**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
**Telefon:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_  
**Wirkungskreis:**  Vermögen  Aufenthalt  Gesundheit  Post  Behörden  
 \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_  
**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Anschrift:** \_\_\_\_\_  
**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_ **Mitgliedsnr.:** \_\_\_\_\_ **Pflegegrad:** \_\_\_\_\_  
**Befreiung von Zuzahlung:**  ja, bis: \_\_\_\_\_  nein  
**Patientenverfügung vorhanden:**  ja  nein **Beratung hierzu erwünscht?**  ja  nein

**Kostenträger:** Wird Unterstützung durch das Sozialamt bezogen?  
 nein  ja, welches Sozialamt: \_\_\_\_\_  
**Abprache bezüglich Abrechnung der Heimkosten / Rechnungsempfänger:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gewünschte Unterbringung:**  Doppelzimmer  Einzelzimmer  Einzelzimmer kombiniert  
\_\_\_\_\_  
**Hinweise, Ergänzungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
wenn nicht Personengleichheit Unterschrift des Bewohners

zur internen Verwendung

*Verlauf bei Voranmeldung:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_