Anmeldung für Pflegeplatz

Altenheim Hensoltshöhe
Am Stadtpark 130, 90409 Nürnberg
Telefon: 0911/ 95 11 99 – 0 / **Fax:** 0911/ 95 11 99 – 405
Mail: altenheim@hensoltshoehe.de

Stiftung Hensoltshöhe
Altenheim Hensoltshöhe

☐ **Kurzzeitpflege** ☐ **KZP nach §39c SGB V** ☐ **vollstationäre Pflege**

Die Anmeldung erfolgt ☐ **vorsorglich** ☐ **dringlich**

I. Persönliche Daten

Für Herrn/Frau (Name, Vorname - bei Frauen auch Geburtsname u. Namen aus früheren Ehen)			
Anschrift		**Telefon**	
Geburtstag und Geburtsort	**Familienstand**	**Konfession**	**Staatsangehörigkeit**
früherer Beruf			
Ehegatte (Name, Geburtstag bzw. Sterbedatum und Geburtsort)			
ggf. abweichende Adresse des Ehegatten zu o.g. Anschrift			
☐ **Es liegt eine gesetzliche Betreuung vor?**	**Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers**		
Impfausweis: ☐ **nein** ☐ **ja**	**Coronaschutzimpfung:** ☐ **nein** ☐ **ja**		

II. Angehörige (weitere Angehörige/Ansprechpartner bitte auf einem separaten Blatt)

Name / Vorname **Geburtdatum**	**Name / Vorname** **Geburtsdatum**
Telefon	**Telefon**
Mailadresse	**Mailadresse**
Anschrift	**Anschrift**
Verwandschaftsgrad ☐ **Sohn/Tochter** ☐ _____ ☐ **Bevollmächtigte/r**	**Verwandschaftsgrad** ☐ **Sohn/Tochter** ☐ _____ ☐ **Bevollmächtigte/r**

III. Einzugswunsch

☐ **Einzelzimmer /** ☐ **Doppelzimmer**

Anmeldung für Pflegeplatz

Stiftung Hensoltshöhe
Altenheim Hensoltshöhe

IV. Heimkosten – werden aufgebracht durch:

☐ **mtl. Einkommen (Rente, u.a.)**	**€ - Bitte Rentenbescheid vorlegen**
☐ **Zuzahlung aus Barvermögen**	
☐ **Bank- und Sparkassen-Guthaben** (bitte Nachweis durch Sparbuch, etc. vorlegen)	
☐ **Sozialhilfe** ☐ **es wurde /** ☐ **wird ein Antrag gestellt**	**Zuständiges Sozialamt / Bezirk**
Rechnungsadresse (Name und Anschrift des Rechnungsempfängers)	

V. Kranken/Pflegeversicherung / ärztl. Versorgung / Todesfall

Krankenversicherung bei		**Krankenversicherungsnummer:**
Pflegegrad ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5**	**Seit:**	☐ **Rezeptgebührenbefreiung** ☐ **Schwerbehinderung, Grad:**
☐ **ohne** ☐ **Einstufung beantragt**		
Behandelnder Arzt (Name, Telefonnummer, Adresse)		☐ **Patientenverfügung vorhanden**
Bestattungsvorsorge ☐ Vertrag zur Bestattungsvorsorge wurde mit einem Bestattungsunternehmen abgeschlossen ☐ Grabstätte ist vorhanden Wunsch: ☐ Erd- ☐ Feuerbestattung Im Todesfall kümmert sich um die Bestattung:		

Anmerkungen:

Ich versichere, dass die Angaben richtig und vollständig sind.

- Die Anlage „Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen.
- Nahestehenden Personen, deren Kontaktdaten ich an die Einrichtung weitergegeben habe, wurden von mir über Weitergabe informiert.
- Die Regeln des Zusammenlebens in der vollstationären Pflegeeinrichtung werde ich anerkennen.

Nürnberg, _____ _____
Datum Unterschrift des Antragstellers / Beauftragter

_____
Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters