

Adolf-Hamburger-Heim  
 Arno-Hamburger-Str.1  
 90411 Nürnberg  
 Tel.: 0911 / 56 25 180  
 Fax : 0911 / 56 25 101  
[info@ah-heim.de](mailto:info@ah-heim.de)



<b>Heimplatzanfrage</b>		<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
vorgemerkt für	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege ab: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege ab: <input type="text"/>	
Herr/Frau <input type="text"/>	Name/Geburtsname <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/>	Konfession <input type="text"/>
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> geschieden			
Derzeitiger Wohnsitz			
Straße,Hausnr. <input type="text"/>		Telefon <input type="text"/>	
PLZ, Ort <input type="text"/>		Handy <input type="text"/>	
Angehörige(r)/Bezugsperson	Name,Vorname <input type="text"/>		
	Straße,Hausnr. <input type="text"/>		
	PLZ, Ort <input type="text"/>		
	Telefon,Handy <input type="text"/>		
	Bezugsverhältnis <input type="text"/>		
Angehörige(r)/Bezugsperson	Name,Vorname <input type="text"/>		
	Straße,Hausnummer <input type="text"/>		
	PLZ, Ort <input type="text"/>		
	Telefon,Handy <input type="text"/>		
	Bezugsverhältnis <input type="text"/>		

Betreuer/Bevollmächtigter (Name/Anschrift/Tel.)	

Krankenkasse	
--------------	--

KK-Versicherungs-Nr.	
----------------------	--

Zuzahlungsbefreit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

Hausarzt	Name	Anschrift
	Telefon	Fax

Derzeitiger Aufenthalt	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Reha
------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

Kostenträger	Pflegekasse	Selbstzahler	Andere
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Pflegeleistungen wurde bereits gestellt	Bewilligter Pflegegrad	
--------------------------	--	------------------------	--

Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

Hinweise/ Bemerkungen  (Wer soll im Notfall benachrichtigt werden)	

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.  
Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei, bzw. wird schnellstens nachgereicht.

Ort	Datum	Unterschrift