



Antrag auf Heimaufnahme

- Eingliederungshilfe nach SGB IX
 Vollstationäre Pflegeeinrichtung SGB XI

Name:	Vorname:	
Geburtsname:	geboren am:	
Geburtsort:	Familienstand:	
Konfession:	Staatsangehörigkeit:	
Anschrift:	Telefonnummer:	
Beruf:	Krankenkasse: KV-Nr.: Zuzahlungsbefreiung für das Jahr <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	
Hausarzt mit Anschrift und Telefon:	Pflegekasse: vorliegender Pflegegrad <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	
Kostenträger Eingliederungshilfe/Selbstzahler:	Grundanerkennnis nach SGB XI / SGB IX: <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor Antrag beim Sozialamt gestellt am	
Gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter mit Anschrift und Telefon:	Aufgabenkreise gesetzliche Betreuung: -..... -..... -..... -.....	
Nachweis Masernimpfschutz (ab Geburtsjahr 1971) Bitte dem Antrag unbedingt beifügen.	Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor Merkmal: Behinderungsgrad:	
Liegt ein Bewährungsbeschluss oder Führungsaufsicht vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zwingende Unterlagen/ Medikamente bei Heimaufnahme		
<ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Attest (frei von ansteckenden Krankheiten/ nicht älter als 1Woche vor Aufnahme) • Alle Medikamente für bestenfalls 4 Wochen 		
Name, Vorname - nächster Angehöriger	Bezug	Anschrift / Telefon

Hoym/Anhalt

.....
Unterschrift betreffende Person

.....
rechtlicher Betreuer / Bevollmächtigter

In Kooperation mit:

