

BGR-JOSEF-ZINNBAUER-STR. 8 • 84130 DINGOLFING • TEL. 08731/ 3168-0 • FAX 08731/ 3168-110  
E-mail: [buengerheim@dingolfing.de](mailto:buengerheim@dingolfing.de) • [www.buengerheim-dingolfing.de](http://www.buengerheim-dingolfing.de)

**F 43 ANMELDUNG**

- HEIMANMELDUNG**  
 **BETREUTES WOHNEN**  
 **TAGESPFLEGE**  
 **KURZZEITPFLEGE**

Eingang:

Pflegegrad:

Vermerk:

1. Name: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

2. Hauptwohnsitz / Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

3. Derzeitiger Aufenthalt / Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

4. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

5. Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

6. Letzte Eheschließung am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Name des Ehegatten: \_\_\_\_\_

7. Ehegatte verstorben am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Beruf des Ehegatten: \_\_\_\_\_

8. Erlerner Beruf des Aufzunehmenden: \_\_\_\_\_

zuletzt ausgeübter Beruf des Aufzunehmenden: \_\_\_\_\_

9. Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_ Verstorben: \_\_\_\_\_

**10. Angehörige / Vertrauenspersonen:**

10. 1 Name / Adresse / Telefon: \_\_\_\_\_

10. 2 Name / Adresse / Telefon: \_\_\_\_\_

**11. Vorsorgevollmacht -> Bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beilegen!**

Name / Adresse / Telefon: \_\_\_\_\_

12. Amtlicher Betreuer: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

13. Krankenkasse / Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

14. Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

15. Beihilfeversicherung: \_\_\_\_\_

16. Pflegegrad: \_\_\_\_\_

17. Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

18. Monatliches Einkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag / €
18.1		
18.2		
18.3		

19. Die Heimkosten werden aufgebracht durch: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- das oben angeführte monatliche Einkommen
- Zahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)
- Zahlung von (z. B. lt. Übergabevertrag) \_\_\_\_\_
- das zuständige Sozialamt in \_\_\_\_\_
- Leistungen der Pflegekasse

20. Bankverbindung: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

21. Gewünschte Unterbringung bei Heimaufnahme (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

22. Gewünschter Aufnahmeterrnin: \_\_\_\_\_

23. Personalausweis-Nr. \_\_\_\_\_ ausgestellt am \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

24. Regelung im Sterbefall

24.1. Haben Sie eine Bestattungsvorsorge getroffen?

- ja, Institut: \_\_\_\_\_
- nein

24.2. Im Sterbefall ist/sind sofort zu verständigen: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufzunehmenden

\_\_\_\_\_  
ggf. amtl. Betreuer