

Hausarzt :	
Name: _____	Telefon: _____ Fax-Nr.: _____
Straße / Nr.: _____	
PLZ / Ort: _____	
Fachrichtung: _____	
Zuzahlungsbefreiung durch die Krankenkasse: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Alle weiteren Unterlagen, die bei einer Aufnahme notwendig sind bzw. Anträge, die zu stellen sind, entnehmen Sie bitte unserer „Checkliste zur Heimaufnahme“.

Sozialdienst

VOM HEIM AUSZUFÜLLEN	
Mietbeginn: _____	Pflegegrad: a) vorläufiger: _____ b) vom MDK ermittelt:
Aufnahmedatum : _____	
Zimmer-Nr.: _____	Selbstzahler : <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger: <input type="checkbox"/> Pflegewohngeld: <input type="checkbox"/> LVR/Kriegsopferfürsorge <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> (Anteile: _____:_____)
Einzelzimmer: <input type="checkbox"/>	
Doppelzimmer: <input type="checkbox"/>	