

**Anfrage für einen Heimplatz:**

- Stationäre Pflege
  - Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege
  - Eingliederungshilfe (EGH)
  - geschützter Bereich
  - Beschluss liegt vor
  - Beschluss ist beantragt am: \_\_\_\_\_
- Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Bewohnenden:**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

**Angaben zu Familienangehörigen:**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Version 2.2	erstellt / geändert	geprüft / freigegeben
Gültig ab 19.09.2022	N. Wolf / C. Imbery	PDL / Verwaltung / QM

**Angaben zur gesetzlichen Betreuung / Vorsorgebevollmächtigten Person:**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Funktion:  Betreuer/in  Vorsorgebevollmächtigte/r

Vollmacht/Aufgabenkreis:  Post  Vermögen  Gesundheit  
 Finanzen  Aufenthalt  Behörden

**Pflegegrad:**  1  2  3  4  5  
 Beantragt am: \_\_\_\_\_

**Hilfebedarfsgruppe (EGH):**  1  2  3  4  5  
 Beantragt am: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse / Pflegekasse:**

Name und Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreit:  ja  nein

Schwerbehindertenausweis:  ja \_\_\_\_\_%  nein  beantragt

**Heimkosten:**

Selbstzahler/in  Rente \_\_\_\_\_ € / Monat

Sozialhilfe  Sonstiger Kostenträger: \_\_\_\_\_

**Zuständiges Sozialamt:**

Name und Anschrift: \_\_\_\_\_

**Kontaktperson für Rückfragen:**

\_\_\_\_\_

Bearbeitet (HDZ): _____ Datum: _____
---