

# Juliuspital - Stiftung Rothenfels

## Heimaufnahmeantrag

für das

Julius-Echter-Seniorenstift  
Am Rödlein 5  
97840 Hafenlohr

Heimplatzbewerberin/Heimplatzbewerber		Wunschtermin für Aufnahme?!
Familiennamen		Geburtsnamen
Vornamen (Rufnamen unterstreichen)		
Geburtsdatum		Geburtsort
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		Telefon
Aufenthalt zur Zeit		Religion
früherer Beruf		Staatsangehörigkeit
vollständige Adresse und Telefonnummer der Kranken-/Pflegekasse der Bewerberin/ des Bewerbers		Versicherten Nr.
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend		Seit:
letzte Eheschließung am Datum		in (Ort)

### Angaben über Ehegatten/Ehegattin (auch wenn verstorben)

Vornamen	Geburtsnamen
früherer Beruf	
falls verstorben Sterbedatum	Sterbeort

### Nächste Angehörige

Verwandtschaftsverhältnis	Name, Vorname, Anschrift, Telefon

bitte wenden

ausschließlich Einzelzimmer

auch Doppelzimmer

ausschließlich Doppelzimmer

ggf. Bevollmächtigte/Bevollmächtigter oder Betreuerin/Betreuer  
(bitte Kopie der Vollmacht oder des Betreuerausweises beifügen)

Name, Anschrift, Telefon

### **Pflegebedarf**

- Die Bewerberin/Der Bewerber benötigt keine Pflege
- Die Bewerberin/Der Bewerber benötigt Pflege
- Die Leistungen der Pflegekasse sind noch nicht beantragt.
- Die Leistungen der Pflegekasse sind beantragt.
- Die Bewerberin/Der Bewerber erhält Leistungen der Pflegekasse nach Pflegestufe \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ (bitte Kopie des Bescheides beifügen)
- Liegt eine Demenz vor.

### **Heimkosten:**

Die Heimkosten können unter Berücksichtigung der Leistungen der Pflegekasse

- selbst aufgebracht werden – Rechnungsstellung an \_\_\_\_\_
- nicht selbst aufgebracht werden. Zuzahlung erforderlich durch:
- Sozialamt    Antrag am            beim Sozialamt in            gestellt.
- Sonstige

### **Sonstiger Leistungsanspruch:**

Leistungen der Kriegsopferversicherung     ja             nein

Leistungen der Beihilfeversicherung     ja             nein

### **Ärztliche Stellungnahme:**

Die ärztliche Stellungnahme

- liegt bei
- wird nachgereicht

Hausärztin/Hausarzt (Name, Adresse, Telefon-Nr.)

Ich bestätige, daß die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers