



Spital am Nägelesgraben  
 Nägelesgrabenstraße 25  
 78628 Rottweil  
 Tel.: 0741/471-0  
 Fax: 0741/471- 200

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.	
1. <b>Zuname:</b> (Familienname, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)	
2. <b>Vorname(n):</b> (Rufname bitte unterstreichen)	
3. <b>Wohnung:</b> (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnsitz, Gemeinde) _____ (Straße und Hausnummer)
4. <b>Nebenwohnung:</b> (Mit zweitem Wohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnsitz, Gemeinde) _____ (Straße und Hausnummer)
5. <b>Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim?</b>	_____ (Name des Krankenhauses oder des Heims) _____ (Anschrift des Krankenhauses oder des Heims)  Aufnahmetag: Aufnahmegrund:
6. <b>geboren:</b>	am: _____ in: _____
7. <b>Familienstand:</b>	8. <b>Konfession:</b>
8. <b>Staatsangehörigkeit:</b>	
9. <b>Angehörige:</b>	
a) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname) _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer, Telefon?)
b) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname) _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer, Telefon?)
c) _____ (wie verwandt?)	_____ (Vor- und Zuname) _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer, Telefon?)
(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)	

<b>10. Betreuer:</b> (Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen)	_____ (Vor- und Zuname)  _____ (Adresse)												
<b>11. Krankenkasse:</b>													
<b>12. Pflegegrad:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Welchen?</b>												
<b>13. Versicherungsverhältnis:</b> (gesetzlich / privat)													
<b>14. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:</b>													
<b>15. Zuzahlungsbefreit:</b>	bei Arzneimitteln: bei Kuren, Transporten, Physiotherapie:												
<b>16. Name des Hausarztes:</b>	Dr.:  Anschrift:												
<b>17. Monatliches Einkommen:</b> (nach heutigem Stand)													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Art des Einkommens (z.B. Rente)</th> <th style="width: 33%;">Zahlende Stelle</th> <th style="width: 33%;">Betrag in Euro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro									
Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro											
<b>Summe</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>												
<b>18. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?</b>													
_____ (Vor- und Zuname)  _____ (Adresse)  _____ (In welcher Eigenschaft?)													
Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.													
<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift des Antragstellers:</b>  <b>Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden:</b>												