

**Ev. Alten- und Pflegeheim Ebenhausen**

**Gerhart-Hauptmann-Weg 10**

**82067 Ebenhausen**

**Tel. (08178) 9301-0**

**Fax. (08178) 9301-18**

**E-Mail: aph-ebenhausen@im-muenchen.de**

**Anmeldung zur Aufnahme**

Bitte füllen Sie den Anmeldebogen vollständig aus. Im Falle eines  kreuzen Sie bitte Zutreffendes an. Sollten Sie hierzu Fragen haben bzw. Hilfe benötigen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

**Anmeldung zur Aufnahme**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer          | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer    |
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege |  |
| <input type="checkbox"/> Beschützender Bereich | <input type="checkbox"/> Rüstigenbereich |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege        | <input type="checkbox"/> Pflegewohnen    |

**Von der Einrichtung zu bearbeiten:**

Zimmer Nr.: .....

Vertragsdatum: .....

Einzugsdatum: .....

Telefon:  Ja  Nein

**Gewünschter Einzugstermin:** .....

**1. Persönliche Daten des Interessenten**

Familienname / Titel: .....

Vorname(n)  
(Rufname unterstreichen): .....

Geburtsname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Staatsangehörigkeit: .....

Familienstand:  verheiratet  ledig  geschieden  verwitwet

Konfession / Religion:  evangelisch  röm.-kath.  andere  keine

**Derzeitige Wohn- / Postanschrift:**

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

☎ Telefonnummer .....

☎ Fax-Nr. ....

☎ Mobilfunknummer .....

**Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend von Wohnanschrift):**

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

☎ Telefonnummer .....

☎ Fax-Nr. ....

## 2. Angehörige / Ansprechpartner

- 2.1  Ehepartner  Betreuer  Generalbevollmächtigung

Familienname, Vorname

Verwandtschaftsgrad /  
Beziehung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon (privat)

☎ Telefon (Arbeit)

📠 Mobilfunknummer

@ E-Mail-Adresse

---

### 2.2 Familienname, Vorname

Verwandtschaftsgrad /  
Beziehung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon (privat)

☎ Telefon (Arbeit)

📠 Mobilfunknummer

@ E-Mail-Adresse

---

### 2.3 Familienname, Vorname

Verwandtschaftsgrad /  
Beziehung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon (privat)

☎ Telefon (Arbeit)

📠 Mobilfunknummer

@ E-Mail-Adresse

---

### 2.4 Familienname, Vorname

Verwandtschaftsgrad /  
Beziehung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon (privat)

☎ Telefon (Arbeit)

📠 Mobilfunknummer

@ E-Mail-Adresse

**3. Krankenversicherung**

Vers. Nr. \_\_\_\_\_

- Gesetzlich versichert     Privat versichert     Beihilfeberechtigt

**4. Pflegeversicherung**

Anschrift (falls abweichend von Krankenversicherung): \_\_\_\_\_

**4.1 Liegt bereits eine Einstufung vor?**

- Ja     Nein

- Ambulanter Pflegegrad:     Stationärer Pflegegrad

- Liegt bereits eine **Schnelleinstufung** vor?     Ja     Nein

- Ein **Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung** wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

- Ein Antrag für die **Kurzzeitpflege** wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

- Kurzzeitpflege** ist bereits bewilligt,  
der Bescheid liegt bei \_\_\_\_\_

**4.2 Finanzierung**

- Eigenfinanzierung     Sozialhilfe     Andere

- Rechnungsempfänger:**     Bewohner     Betreuer     Bevollmächtigter

- SEPA Lastschriftmandat wird mit Abschluss des Heimvertrages erteilt:     Ja     Nein

- Rechnungsversand per Mail     Ja     Nein

**Rentenversicherungsträger:**

- Altersrente     Witwenrente     Zusatzrente

**4.3 Öffentliche Kostenträger**

- Die Kostenübernahme durch den **Sozialhilfeträger** wurde beantragt am:     Nein

Ein Aktenzeichen des Sozialhilfeträgers liegt vor: \_\_\_\_\_

**5. Bisheriger Hausarzt**

Titel, Familienname, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

☎ Telefonnummer \_\_\_\_\_

☎ Fax \_\_\_\_\_

☎ Mobilfunknummer \_\_\_\_\_

**Weiterbehandlung im Heim wird fortgeführt**

(Bitte im **Vorfeld** mit Hausarzt klären)

- Ja     Nein

**5.1 Wenn nein, weiterbehandelnder Arzt nach Heimaufnahme**

Titel, Familienname Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

☎ Telefonnummer \_\_\_\_\_

☎ Fax \_\_\_\_\_

☎ Mobilfunknummer \_\_\_\_\_

**6. Regelungen im Sterbefall**

**6.1 Haben Sie eine Bestattungsvorsorge getroffen?**

Nein  Ja Institut: ..... Vertrags Nr. ....

**6.2 Im Sterbe- / Todesfall ist / sind sofort zu verständigen:**

siehe 2.1  siehe 2.2  siehe 2.3

**Falls abweichend, folgende Person(en)**

Familienname, Vorname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

 Telefonnummer (privat) .....  Telefon (geschäftlich) .....

 Mobilfunknummer .....

Verwandtschaftsgrad /  
Beziehung .....

**6.3 Der gesamte Nachlass / Zimmerräumung wird geregelt durch:**

siehe 2.1  siehe 2.2  siehe 2.3

**Falls abweichend, folgende Person(en)**

Familienname, Vorname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

 Telefonnummer (privat) .....  Telefon (geschäftlich) .....

 Mobilfunknummer .....

Verwandtschaftsgrad /  
Beziehung .....

**7. Eingehende Post**

Hinweis: Um sicherzustellen, dass wichtige Post von bzw. für Sie zügig empfangen und bearbeitet werden kann empfiehlt sich ein Nachsendeantrag an die Adresse des Bevollmächtigten oder Betreuers

Die Deutsche Post erhält einen Nachsendeantrag

An den Bewohner aushändigen  Im Stationszimmer / an der Pforte hinterlegen

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Interessenten

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten