

**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