



# Anmeldung zur Heimaufnahme

Atrium GmbH  
 Westendstraße 2  
 75172 Pforzheim  
 Tel.: 07231 / 9299-0  
 Fax.: 07231 / 9299-19  
 Email: pflegeplatz@atrium-seniorenpflegeheim.de

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und kreuzen Sie zutreffende Angaben an.

Beachten Sie bitte, dass es sich bei **rot umrandeten Feldern mit dick gedruckter Überschrift** um zwingend erforderliche Angaben handelt!

## Termin

**Gewünschter  
Aufnahmeterrn**

## Persönliche Daten

<b>Nachname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Geburtsname</b>	Geburtsort
<b>Vorname(n)</b> <small>Rufnamen unterstreichen</small>	Konfession
Staatsangehörigkeit	Familienstand

## Wohnung (Hauptwohnsitz)

<b>Straße, Hausnummer</b>	<b>Telefon</b>
<b>PLZ</b>	<b>Wohnort</b>

## Derzeitiger Aufenthalt

	Krankenhaus	Psychiatrie	Pflegeheim	Rehabilitation	Privat
<b>Name des Aufenthaltsortes</b>					
Straße, Hausnummer			Telefon		
PLZ			Wohnort		

## Angehörige

	Wie verwandt?	Vollmacht	ja	nein
1	<b>Wie verwandt?</b>	<b>Vollmacht</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
	<b>Nachname</b>	<b>Vorname</b>		
	<b>Straße, Hausnummer</b>	<b>Telefon</b>		
	<b>PLZ</b>	<b>Wohnort</b>		
2	Wie verwandt?			
	Nachname	Vorname		
	Straße, Hausnummer	Telefon		
	PLZ	Wohnort		

**Betreuer**

<b>Nachname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Geburtsname</b>	<b>Geburtsort</b>
<b>Vorname(n)</b> <small>Rufname unterstreichen</small>	<b>Konfession</b>
<b>Wirkungskreis der Betreuung</b>	
<b>Fotokopie der Bestellsurkunde</b>	<b>liegt bei</b> <b>wird nachgereicht</b>

**Krankenkasse / Pflegekasse**

<b>Name der Krankenkasse</b>	Krankenversicherungs- Nummer
Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ	Ort
<b>Pflegegrad</b>	
<b>Status des Pflegegrads</b>	<b>liegt vor</b> <b>ist beantragt</b>
Fotokopien	liegen bei werden nachgereicht

**Hausarzt**

<b>Name des Hausarztes</b>	
<b>Straße, Hausnummer</b>	Telefon
<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>
<b>Ärztlicher Fragebogen</b>	<b>liegt bei</b> <b>wird nachgereicht</b>

**Kostenträger**

<b>Selbstzahler (Kostendeckung durch monatliches Einkommen, Barvermögen, Bankguthaben, Mieteinnahmen) und Pflegegeld</b>			
<b>Sozialhilfeträger</b>	<b>Bezeichnung der zahlenden Stelle</b>		Betrag (EUR)
Zuzahlungen von (Bitte schriftliche Erklärung beilegen!)	Nachname	Vorname	Betrag (EUR)
	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Ort	

**Antragsteller**

Nachname	Vorname
Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ	Wohnort

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden (wenn abweichend)