

Adolf-Hamburger-Heim  
 Arno-Hamburger-Str.1  
 90411 Nürnberg  
 Tel.: 0911 / 56 25 180  
 Fax : 0911 / 56 25 101  
[info@ah-heim.de](mailto:info@ah-heim.de)



<b>Heimplatzanfrage</b>		<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
vorgemerkt für	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege ab:	<input type="checkbox"/> stationäre Pflege ab:	
Frau / Herr	Name/Geburtsname	Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Konfession
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
<b>Derzeitiger Wohnsitz</b>			
Straße,Hausnr.		Telefon	
PLZ, Ort		Handy	
Angehörige(r)/Bezugsperson	Name,Vorname		
	Straße,Hausnr.		
	PLZ, Ort		
	Telefon,Handy		
	Bezugsverhältnis		
Angehörige(r)/Bezugsperson	Name,Vorname		
	Straße,Hausnummer		
	PLZ, Ort		
	Telefon,Handy		
	Bezugsverhältnis		

Betreuer/Bevollmächtigter (Name/Anschrift/Tel.)	
--	--

Krankenkasse	
--------------	--

KK-Versicherungs-Nr.	
----------------------	--

Zuzahlungsbefreit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

Hausarzt	Name	Anschrift
	Telefon	Fax

Derzeitiger Aufenthalt	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> KH	<input type="checkbox"/> Reha
------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Kostenträger	Pflegekasse	Selbstzahler	Andere
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<input type="checkbox"/> Antrag auf Pflegeleistungen wurde bereits gestellt	Bewilligter Pflegegrad	_____
---	------------------------	-------

Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

Hinweise/ Bemerkungen  (Wer soll im Notfall benachrichtigt werden)  Demenz?  Suchterkrankungen? (Alkohol/Medikamente / Nikotin)	
--	--

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.  
Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei, bzw. wird schnellstens nachgereicht.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------