















	Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH	
	Pflegeheim "Min Hüsung"	

Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Name	Geburtsname
2. Vorname(n)	
3. Anschrift	Straße und Haus-Nr.:
	PLZ und Ort:
	
	☺
	
4. Derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus, Pflegeeinrichtung)	
5. Geburtsdaten	am: _____ in: _____
6. Familienstand	
7. Konfession	
8. Staatsangehörigkeit	
9. Letzte Eheschließung	am: _____ in: _____
10. Beruf	erlernter Beruf:
	zuletzt ausgeübt:
11. Kinder	Anzahl: _____ davon Verstorbene: _____
12. Angehörige	Vor- und Zuname:
	Wie verwandt?
	Anschrift:
	 
	Vor- und Zuname:
	Wie verwandt?
	Anschrift:
	 

	Vor- und Zuname:
	Wie verwandt?
	Anschrift:
	 
13. Betreuer / Bevollmächtigter	Vor- und Zuname:
	Anschrift:
	 
	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
14. Krankenkasse	Name:
	Anschrift:
	 
15. Versicherungsnummer	
16. Pflegegrad	
17. Hausarzt	Name: 
	Anschrift:
18. Fachärzte	Name: 
	Anschrift:
	Name: 
	Anschrift:
19. Monatliches Einkommen	Art: Betrag in €
	Art: Betrag in €
20. Aufbringung der Kosten durch	<input type="checkbox"/> oben angeführtes Einkommen
	<input type="checkbox"/> Zuzahlung privat
	<input type="checkbox"/> zuständiges Sozialamt
21. gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer
	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer
22. Zeitpunkt der gewünschten Aufnahme	

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller/Bevollmächtigter