



Wilhelmstr. 87
72074 Tübingen
Tel. (07071) / 565 14 0
Fax (07071) / 565 14 12

Anmeldung zur Heimaufnahme

Anmeldung zur: vollstationären Pflege vorsorglich sobald wie möglich sofort
 Kurzzeitpflege Zeitraum: _____

Gewünschte Einrichtung: Pauline-Krone-Heim Bürgerheim
Zimmerkategorie: Einzelzimmer Doppelzimmer

Eingestuft in Pflegestufe: 1 2 3 Einstufungsantrag gestellt: ja nein
Pflegestufe besteht seit: _____ Höherstufungsantrag gestellt: ja

Persönliche Angaben des Bewerbers/der Bewerberin:

1. Vor- und Nachname: _____

2. Geburtsdatum: _____ **3. ggf. Geburtsname:** _____

4. Geburtsort/-land: _____

5. Hauptwohnsitz: Straße: _____
PLZ / Ort: _____ Tel: _____

6. Derzeitiger Aufenthalt: Straße: _____
PLZ / Ort: _____

7. Staatsangehörigkeit: _____ **8. Konfession:** _____

9. Familienstand: _____ **10. Erlerner Beruf:** _____

Angehörige/Kontaktpersonen:

1. Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Vorsorge-/Generalvollmacht Teilvollmacht, Zuständigkeitsbereich: _____
 gesetzliche Betreuung

2. Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Vorsorge-/Generalvollmacht Teilvollmacht, Zuständigkeitsbereich: _____
 gesetzliche Betreuung

3. Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Vorsorge-/Generalvollmacht Teilvollmacht, Zuständigkeitsbereich: _____
 gesetzliche Betreuung

4. Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Vorsorge-/Generalvollmacht Teilvollmacht, Zuständigkeitsbereich: _____
 gesetzliche Betreuung

Patientenverfügung: ja nein

Anschrift der Krankenkasse:

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Befreiung von Rezeptgebühren: ja nein **Schwerbehindertenausweis:** ja nein

Werden Hilfsmittel mitgebracht: nein ja, und zwar:

Brille Hörgerät Zahnprothese: oben unten

Rollstuhl und/oder Rollator ist geliehen oder ist Eigentum

und: _____

Anschrift des Hausarztes:

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Wird der bisherige Hausarzt die Betreuung im Heim weiterführen: ja nein noch unklar

Haben Sie bereits Dienste der Altenhilfe Tübingen gGmbH in Anspruch genommen: ja nein

Wenn ja, welche: Kurzzeitpflege Tagespflege Ambulanter Dienst

Sonstige Anmerkungen:

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

→ Wie wurden Sie auf die Altenhilfe Tübingen gGmbH aufmerksam: Telefonbuch/Gelbe Seiten

Internet entlassende Klinik Freunde/Bekannte auf anderem Weg: _____