

Senioren- und Pflegeheim Ludwig Feuerbach  
Albrecht- Dürer- Str. 23  
85579 Neubiberg  
Tel.089/600 86 600

Pflegeüberleitung Frau Sandra Franke  
Tel: 089/600 86 611  
Fax: 089/ 600 86 888  
Mobil: 01721514533  
[pflegeueberleitung@feuerbach-haus.de](mailto:pflegeueberleitung@feuerbach-haus.de)

## Aufnahmebogen

Dauer Kurzzeitpflege  
(von bis )

### 1. Angaben zur Person

Name: ..... Vorname:.....

Geburtsname:..... Geb.-Datum:.....

Familienst.: ..... Geburtsort:.....

(früherer) Beruf: ..... Staatsangehörigkeit:.....

Häusliche Anschrift: Straße: .....

Ort: ..... PLZ:.....

Telefon: .....

Pflegegrad: 2, 3 ,4 ,5 oder Vorabestufung (Schnelleinstufung) beantragt

Wenn ja, seit wann.....

Derzeitiger Aufenthalt: zu Hause/ Im Krankenhaus/ In Reha in.....

### 2. Angehöriger 1

### Angehöriger 2

Verwandtschaftsgrad:..... Verwandtschaftsgrad:.....

Name: ..... Name:.....

Vorname:..... Vorname:.....

Straße: ..... Straße:.....

PLZ/ Ort: ..... PLZ/ Ort:.....

Telefon/ Mobil..... Telefon/Mobil: .....

E-Mail/ Fax:..... E-Mail/ Fax:.....

### 3. Wurde eine Generalvollmacht / Vorsorgevollmacht erteilt ja nein

An wen? .....

### 4. Gesetzlicher Betreuer ja nein

Name/ Vorname: .....

Straße: ..... PLZ/Ort:.....

Telefon/Mobil: ..... E-Mail/ Fax:.....

Senioren- und Pflegeheim Ludwig Feuerbach  
Albrecht- Dürer- Str. 23  
85579 Neubiberg  
Tel.089/600 86 600

Pflegeüberleitung Frau Sandra Franke  
Tel: 089/600 86 611  
Fax: 089/ 600 86 888  
Mobil: 01721514533  
[pflegeueberleitung@feuerbach-haus.de](mailto:pflegeueberleitung@feuerbach-haus.de)

**5. Bisheriger Hausarzt:**

Name: .....

Straße: .....PLZ/Ort:.....

Telefon / Fax: ..... bitte klären, ob weitere Betreuung im Heim möglich

**6. Versicherung:**

Krankenkasse:..... Vers.Nr.:.....

Str./ Nr.:..... PLZ/Ort:.....

Rezeptgebührenbefreit: Ja / Nein

Beihilfeberechtigt: Ja / Nein (wenn ja Kopie vom Beihilfeanbieter)

Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45a SGB XI Ja / Nein

**7. Wurde ein Antrag bei der Kasse gestellt? (Kurz,VHP,Vollst) Ja / Nein**

**8. Heimkosten:**

Die Heimkosten werden von der angemeldeten Person selbst gedeckt. (Renten/Vermögen)

Es müssen Leistungen nach SGB 12 beantragt werden, um die Kosten zu decken.  
(Renten werden umgeleitet)

**9. Rechnungsempfänger:**

Vorname/ Name:.....

Straße/ Nr.:.....PLZ/ Ort:.....

**Datum:** ..... **Unterschrift:**.....

**Wie sind Sie auf unser Haus gekommen?**

Ich/Wir kennen das Haus	( )	Durch meinen Hausarzt	( )
Durch die Wohnortnähe	( )	Vom Krankenhaus vermittelt	( )
Durch Empfehlung	( )	Durch die Werbung des Hauses	( )