

# Aufnahmeantrag



Am Hahnenkamp 6c · 28325 Bremen  
Tel 0421-42 11 66 · Fax 0421-42 98 52  
Mail: info@haus-der-blinden.de

Erstgespräch am: \_\_\_\_\_ Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

Name (Geburtsname) \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Kontaktdaten der nächsten  
Angehörigen bzw. Bezugspersonen

Wurden Vollmachten erteilt? Ja, an \_\_\_\_\_

Ist eine rechtliche Betreuung eingerichtet?  ja  nein

Kontaktdaten des Betreuers

Kranken- und Pflegekasse \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

Bisheriger Hausarzt

weitere Betreuung in der Einrichtung möglich? \_\_\_\_\_

Art der Seheinschränkung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erhalten Sie bereits Leistungen aus der Pflegekasse?  
Wenn ja, welchem Pflegegrad sind Sie zugeordnet? \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits einen Antrag auf vollstationäre Pflege gestellt?  ja  nein

\_\_\_\_\_

Können Sie den Eigenanteil an den Heimkosten aus  
eigenem Einkommen oder Vermögen selber zahlen?  ja  nein  
(bei Rückfragen hierzu wenden Sie sich bitte an die Heimleitung)

Welche Möbel möchten Sie mitbringen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift