



Haus Einetal GmbH  
 Psychiatrisches Pflegeheim  
 Schielo  
 Anhaltiner Weg 115  
 06493 Harzgerode

**Haus Einetal GmbH**  
 Schielo  
 Anhaltiner Weg 115  
 06493 Harzgerode

Telefon: 039484 99-452  
 039484 99-302  
 Fax: 039484 99-190

[gabriel.gerhold@haus-einetal.de](mailto:gabriel.gerhold@haus-einetal.de)  
[andrea.oehmig@haus-einetal.de](mailto:andrea.oehmig@haus-einetal.de)

[www.haus-einetal.de](http://www.haus-einetal.de)

Amtsgericht Lüneburg  
 HRB 201213

Geschäftsführer  
 Dr. Rolf Weber  
 IK 51 15 32 390

### Anfrage für eine Heimaufnahme

(Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen vollständig aus!)

Familiennamen / Vorname (ggf. Geburtsname)			
Anschrift und Telefon			
Aktueller Aufenthalt (z.B. Krankenhaus, Seniorenheim, etc. bitte mit gesamter Anschrift angeben!)			
Geburtsort/-datum:			
Konfession		Staatsangehörigkeit	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden	
<b>Kinder/Angehörige/Bekannte, die im Ernstfall verständigt werden können:</b>			
Name, Vorname		Straße	
Telefonnummer		PLZ, Ort	
Mobilnummer		verwandt	
<hr/>			
Name, Vorname		Straße	
Telefonnummer		PLZ, Ort	
Mobilnummer		verwandt	
<hr/>			
Name, Vorname		Straße	
Telefonnummer		PLZ, Ort	
Mobilnummer		verwandt	

Besteht eine rechtliche Betreuung? (Kopie bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Besteht eine Altersvorsorgevollmacht? (Kopie bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name Betreuer/in Bevollmächtigte (r):			
Anschrift / Telefon Betreuer:			
Pflegeeinstufung nach §43a (Kopie bitte beifügen)	Am:	In Stufe:	<input type="checkbox"/> Einstufung beantragt <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt
Kranken-/ Pflegekasse			
Versicherungsnummer			
Aktueller Hausarzt/-ärztin (Name und Anschrift)			
Gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Dauerpflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege		
Anmerkung			
Dauer der Kurzzeitpflege			
Gewünschter Aufnahmetermin			
Kostenträger	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialamt:		
Befreit von: (Kopie bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Arzneimittelzuzahlungen <input type="checkbox"/> Fahrtkosten <input type="checkbox"/> Rundfunkgebühren		
Sonstige Hinweise, Bemerkungen			

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei?

Ja     Nein

**Achtung: Ohne ausgefüllten, ärztlichen Fragebogen kann die Aufnahme nicht erfolgen!!!**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers oder Bevollmächtigte(r) / Betreuer/in