



Spital- und Pfründefonds Kandersteg

**Luise-Klaiber-Haus**

Tel. 07626/9155-0 Fax 9155-42

E-Mail: info@luise-klaiber-haus.de

## Anmeldung zur Heimaufnahme

**Name** (Bewohner)

\_\_\_\_\_ (Nachname)

\_\_\_\_\_ (Geburtsname)

\_\_\_\_\_ (Vorname)

**Aktuelle Anschrift**

\_\_\_\_\_ (Straße)

\_\_\_\_\_ (PLZ, Ort)

**Telefon**

\_\_\_\_\_

**Beruf**

\_\_\_\_\_

**Geb.-Datum**

\_\_\_\_\_

**Geb.-Ort**

\_\_\_\_\_

**Familienstand**

\_\_\_\_\_

**Konfession**

\_\_\_\_\_

**Staatsang.**

\_\_\_\_\_

**Betreuer/  
Bevollmächtigter**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Name, Anschrift, Telefon)

**Hausarzt**

\_\_\_\_\_

(Name, Anschrift, Telefon)

**Gewünschte Heimaufnahme ab**

\_\_\_\_\_

**Zurzeit in welchem Heim/Krankenhaus etc.**

\_\_\_\_\_

**Krankenkasse**

\_\_\_\_\_

**Vers.-Nr.:**

\_\_\_\_\_

**Rezeptgebührenbefreiung**

ja

für das Jahr 20\_\_\_\_\_

nein

**Corona-Schutzimpfung vorhanden**

ja

nein

**Pflegegrad**

1

2

3

4

5

†

\_\_\_\_\_

**Kostenträger:**

Sozialhilfe

Selbstzahler

**Rechnungsempfänger:** \_\_\_\_\_

**Allgemeine Hinweise,  
Bemerkungen und  
Ergänzungen/Wünsche** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Angehörige:**

**a) Ehegatte** \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift, Telefon)  
\_\_\_\_\_

**b) Kinder** \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift, Telefon)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**c) Sonstige** \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift, Telefon)  
\_\_\_\_\_

**Wir bitten folgendes zu beachten:**

Wir empfehlen den Abschluss einer Haftpflicht- und Hausratsversicherung.

Für mitgebrachte Wertgegenstände (z.B. Schmuck) kann keine Haftung übernommen werden. Wir bitten jedoch um Angabe der mitgebrachten Wertgegenstände.

Sofern Sie wünschen, dass die Post von uns weitergeleitet werden soll, werden Ihnen die angefallenen Portokosten weiterberechnet.

**Weiterleitung der Post wird gewünscht: ja**

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Antragsteller)