

**Antrag** \_\_\_\_\_  
zur Aufnahme in das Senioren- und Pflegeheim  
**Haus der Blinden**  
Am Hahnenkamp 6c · 28325 Bremen  
Telefon 0421/42 11 66 · Telefax 0421/42 98 52



Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Adresse \_\_\_\_\_

-----

Telefon \_\_\_\_\_

Name, Anschrift und Telefon  
der nächsten Angehörigen (wie verwandt?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine Vertrauensperson angeben)

Ist eine rechtliche Betreuung eingerichtet?     ja     nein

Name, Anschrift, Telefon des Betreuers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Name und Anschrift des Hausarztes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besitzen Sie noch einen Sehrest oder sind Sie vollblind? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erhalten Sie bereits Leistungen aus der Pflegekasse?

Wenn ja, welcher Pflegestufe sind Sie zugeordnet? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Ist der Antrag positiv beschieden?  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