

Nur zusammen mit folgenden Unterlagen einreichen:

- Ärztlicher Fragebogen
- Bescheid der Pflegekasse über die Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegestufe) und Heimbedürftigkeit

Alle Fragen müssen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden! Vielen Dank für Ihr Verständnis.

| | | | | |
|--|---|------------|------------------------------|--|
| 1. Zuname (Familienname und Geburtsnamen) | | | | |
| | | | | |
| 2. Vorname(n) -Rufname bitte unterstreichen | | | | |
| | | | | |
| 3. Wohnung -Mit Hauptwohnsitz gemeldet (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.) Telefon: | | | | |
| | | | | |
| 4. Derzeitiger Aufenthalt (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.) - (Angehörige, Krankenhaus, Heim, usw.) | | | | |
| | | | | |
| 5. Geburtsdatum, -ort (Kreis und ggf. auch Land/Staat) | | | | |
| | | | | |
| 6. Familienstand | 7. Konfession | 8. | Staatsangehörigkeit | |
| | | | | |
| 9. Beruf (erlernter Beruf) | Zuletzt ausgeübter Beruf | 10. | Beruf des Ehepartners | |
| | | | | |
| 11 Ehepartner, Kinder, Angehörige E – Mail Adresse bitte auch angeben, wenn Sie Post per E – Mail wünschen | | | | |
| a) wie verwandt ? | Vor- und Zuname, Anschrift, Mail, Telefon | | | |
| | | | | |
| b) wie verwandt ? | Vor- und Zuname, Anschrift, Mail, Telefon | | | |
| | | | | |
| c) wie verwandt ? | Vor- und Zuname, Anschrift, Mail, Telefon | | | |
| | | | | |
| d) wie verwandt ? | Vor- und Zuname, Anschrift, Mail, Telefon | | | |
| | | | | |

| | | | | | |
|----------------|----------------|----------------|--------------------------------|----------------|---------------|
| Geändert: | Geprüft: | Freigegeben: | Rev. | Freigabedatum: | Seite |
| P.Sommerhäuser | 13.03.2012 | P.Sommerhäuser | 4 | 15.03.2012 | Seite 1 von 3 |
| 12.03.2012 | Kremers-Gerads | Kremers-Gerads | Erstmalige Erstellung am: 2007 | | |

| | | |
|---|------------------------|--------------------|
| 12 Betreuer -nach §1896 BGB (Name, Anschrift, Kopie der . Betreuungsurkunde beifügen!) | | Telefon: |
| | | |
| 13 Krankenkasse (oder Kostenträger für Arzt usw.) und Mitgl.-Nr. (oder Aktenzeichen des . Behandlungskostenträgers) | | |
| | | |
| 14 Hausarzt (Name, Anschrift) . | | Telefon: |
| | | |
| 15 Monatliches Einkommen (heutiger Stand) . | | |
| Art des Einkommens | Zahlende Stelle | Betrag Euro |
| | | |
| | | |
| | | |
| 16 Kostenträger (zutreffende Zeilen bitte ankreuzen). Die Heimkosten werden aufgebracht . durch: | | |
| die oben angeführten monatlichen Einkommen. | | |
| Zuzahlungen aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben): Bestand heute: **) € | | |
| Zahlungen*) von | | |
| das zuständige Sozialamt *) in | | |
| *) Die Kostenverpflichtungserklärung liegt bei / folgt in den nächsten Tagen / muß noch beantragt werden / ist beantragt am | | |
| **) Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist! | | |
| 17 Einstufung Pflegeversicherung (zutreffendes bitte ankreuzen und Kopie beilegen!) . | | |
| <input type="checkbox"/> Stufe 0 <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III <input type="checkbox"/> Pflegestufe wird/ist beantragt | | |
| 18 Gewünschte Unterbringung (zutreffendes bitte ankreuzen) . | | |
| Doppelzimmer | | |
| vorübergehend Doppelzimmer bis Einzelzimmer frei wird | | |
| Einzelzimmer | | |
| geschlossener Pflegebereich | | |

| | | | | | |
|----------------|----------------|----------------|--------------------------------|----------------|---------------|
| Geändert: | Geprüft: | Freigegeben: | Rev. | Freigabedatum: | Seite |
| P.Sommerhäuser | 13.03.2012 | P.Sommerhäuser | 4 | 15.03.2012 | Seite 2 von 3 |
| 12.03.2012 | Kremers-Gerads | Kremers-Gerads | Erstmalige Erstellung am: 2007 | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>19 Termin (für wann wird die Aufnahme gewünscht?)</p> | <p>20. Diät- Welche? Warum?</p> | |
| <p>21 Frühere Unterbringung -in einem Seniorenhaus, einer Therapieklinik oder einer ähnlichen Einrichtung . Wo? Wann? Aus welchem Grund dort ausgeschieden?</p> | | |
| <p>22 Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht .</p> | | |
| <p>23 Wer stellt diesen Antrag für die/den Aufzunehmende/n (Name, Telefon: . Anschrift)</p> | | |
| <p>In welcher Eigenschaft</p> | | |
| <p>24 Bestattungswünsche .</p> | | |
| <p>25 Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen .</p> | | |
| <p>Diese Anmeldung ist -bis auf Widerruf- verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Anmeldung und Ärztlicher Fragebogen liegen im Original vor und Bescheid der Pflegekasse über die Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegestufe) ist beigelegt.</p> | | |
| <p>Ort, Datum</p> | <p>Unterschrift des Antragstellers</p> | <p>Bei Personenungleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden</p> |
| <p>Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns <u>keine</u> schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie in eigenem Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung. Ihre persönlichen Daten werden im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes nur für eigene Zwecke gespeichert.</p> | | |
| <p>Für Vermerke des Heims:</p> | | |
| | | |
| | | |
| | | |