

Anmeldung zur Aufnahme

<p>Für die Anmeldung zur</p> <p><input type="checkbox"/> zur Heimaufnahme Stationär</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer</p> <p><input type="checkbox"/> Anmeldung vorsorglich ab: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Anmeldung dringlich ab: _____</p>	<p>Kurzzeitpflege:</p> <p>von _____</p> <p>bis _____</p>
	<p>Verhinderungspflege:</p> <p>von _____</p> <p>bis _____</p>

Bitte ausfüllen und zusammen mit dem ausgefüllten ärztlichen Fragebogen einreichen. **Danke!**

Persönliche Angabe:

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

Geburtsname _____ Geburtsort _____

Familienstand _____ Konfession _____ Nationalität _____

Derzeitiger Aufenthalt _____ Pflegegrad _____

Angehörige I (Unmittelbare Ansprechpartner)

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Tagsüber wo erreichbar _____ Verwandtschaftsverhältnis _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Handy _____ E-Mail-Adresse _____

Angehörige II

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Tagsüber wo erreichbar _____ Verwandtschaftsverhältnis _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Handy _____ E-Mail-Adresse _____

Rechtliche Betreuerin oder rechtlicher Betreuer:

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Handy _____

E-Mail-Adresse _____

Versorgevollmacht I:

Vorname _____ Nachname _____
Straße _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ E-Mail-Adresse _____

Versorgevollmacht II:

Vorname _____ Nachname _____
Straße _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ E-Mail-Adresse _____

Hausarzt:

Name _____ E-Mail-Adresse _____
Straße _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ Telefax _____

Patientenverfügung:

ja

Nein

Zahlungsbefreit:

ja

Nein

Sozialhilfeleistungen beantragt oder bezogen

ja

Nein

wenn ja, ab wann _____

wo _____

Krankenversicherung:

Name _____ Mitgliedsnummer _____
Straße _____ PLZ, Ort _____

Rentenversicherung:

Name _____ Mitgliedsnummer _____
Straße _____ PLZ, Ort _____

Einkommensverhältnisse zur Aufbringung der Heimkosten (z. B.: Rente, Miete, usw.)

Einkommen durch: _____ Betrag: _____

Einkommen durch: _____ Betrag: _____

Einkommen durch: _____ Betrag: _____

Summe: _____

Der Antragsteller bzw. sein Vertreter versichern, dass die Pflegesätze des Heims von ihm zum Zeitpunkt der voraussichtlichen Aufnahme aus Eigenmitteln (Rente, Barvermögen, usw.) oder durch einen rechtzeitig an den zuständigen Kostenträger (z. B. Sozialamt) gestellten Antrag aufgebracht werden können. Ihm sind die Pflegesätze des Heims zum Zeitpunkt der Antragstellung bekannt.

Datum _____ Unterschrift des Antragstellers bzw. Vertreter _____