

Anmeldung zur Heimaufnahme

Anmeldeart:

- Dringende Anmeldung auf Warteliste
(schnellstmögliche Aufnahme beantragt – kostenfrei)

Gewünschte Zimmerform:

- Einzelzimmer Doppelzimmer Einzel- oder Doppelzimmer möglich

Name, ggf. Geburtsname:

Vorname:

Straße:

Wohnort:

Telefon-Nr.:

Aktueller Aufenthaltsort:

(Bei Krankenhaus oder Seniorenheim entsprechende Adresse)

Geburtsort:

Ehemaliger Beruf:

Geburtsdatum:

Konfession:

- röm/kath. evangelisch Sonstiges

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Staatsangehörigkeit:

Familienstand:

- verheiratet seit: verwitwet seit:
 ledig geschieden

(zutreffendes bitte ankreuzen)

**Name, Vorname
des Ehegatten:**

Angehörige:

.....
Art der Verwandtschaft

.....
Name, Vorname

.....
Anschrift

.....
Telefon-Nr.

.....
E-Mail-Adress

Angehörige:

.....
 Art der Verwandtschaft

 Name, Vorname

 Anschrift

 Telefon-Nr. E-Mail-Adresse

Angehörige:

.....
 Art der Verwandtschaft

 Name, Vorname

 Anschrift

 Telefon-Nr. E-Mail-Adresse

**Möchten Sie im Notfall
verständnisvoll werden?
Auch nachts?**

ja nein
 ja nein

**Wurde ein Betreuer
gerichtlich bestellt?**

ja nein zutreffendes bitte ankreuzen

Betreuer:

.....
 Name, Vorname

 Anschrift

 Telefon-Nr. E-Mail-Adresse

**Aufgabenkreis der
gerichtlichen Betreuung:**

Finanzen Aufenthalt Behörden Gesundheit Post

Wenn möglich bitte Fotokopie des Betreuungsnachweises beilegen!

Sonstige Vollmacht:

Generalvollmacht notarielle Vollmacht
 sonstige Vollmacht

Bevollmächtigter:

.....
 Name, Vorname

 Anschrift

 Telefon-Nr. E-Mail-Adresse

Patientenverfügung vorhanden ja nein

Weglauftendenz? ja nein

Richterlicher Beschluss? ja nein

Grund: _____

Pflegegrade: Wurde eine Einstufung in Pflegegrade vor der Heimaufnahme beantragt? ja nein

Wenn ja, welche Einstufung erfolgte? Grad I Grad II Grad III
Grad IV Grad V
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Wenn möglich Fotokopie des Bescheides beilegen!

Hinweis: Soweit eine Einstufung in einen Pflegegrad noch nicht erfolgt ist, sollte dies **umgehend** beantragt werden.

Hausarzt:
Name
.....
Anschrift
.....
Telefon-Nr.

Krankenkasse

Adresse und

Versicherungsnummer:
.....

Kostenträger: Selbstzahler Sozialhilfeempfänger

Bei Sozialhilfeempfänger:

Wann wurde Sozialhilfe beantragt?

Welches Sozialamt ist zuständig?

Wohngeld:

Wurde Antrag auf Wohngeld gestellt? ja nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Beihilfeberechtigt? ja nein

Wenn ja, bei welcher Beihilfeversicherung? _____

Rezeptgebühr befreit: ja nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Schwerbehindertenausweis: ja nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Haftpflichtversicherung vorhanden: ja nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Hinweis:

*Dies ist eine unverbindliche Anmeldung zur Heimaufnahme. Diese Anmeldung stellt grundsätzlich **keinen Anspruch** auf einen Heimplatz dar!*

Wir freuen uns sehr, wenn Sie sich für unser Haus entscheiden.

Falls aus irgendwelchen Gründen der Platz nicht mehr benötigt werden sollte, wären wir über eine kurze Information sehr dankbar.

Ihre Einrichtungsleitung

Waal, den

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Bei nicht Personengleichheit,
Unterschrift des Aufzunehmenden