

Aufnahme Tag:

Wohnbereich:

Zimmer Nr.:

Pflegegrad:

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege von:

bis:

Name und Vorname:

Strasse:

Wohnort:

Geb.-Datum:

Geb.-Ort:

Geb.-Name:

Telefon:

Konfession:

Familienstand:

Staatsangehörigkeit:

DERZEITIGER AUFENTHALT:

Eigene Wohnung, Anschrift siehe oben

wohnt bei:

Krankenhaus/Heim/Reha etc.

Name der Einrichtung:

Telefon:

Kontaktperson (sozialer Dienst):

Telefon:

Anschrift:

BETREUUNG/VOLLMACHT: (BITTE IN KOPIE BEILEGEN)

nicht notwendig

ist/wird beantragt

besteht bereits

Name des Betreuers/Bevollmächtigten:

Verwandtschaftsgrad:

Anschrift:

Telefon privat:

Telefon dienstlich:

Wirkungskreis der Betreuung:

ANGEHÖRIGE:

1. Verwandtschaftsgrad: Name:

Anschrift:

Telefon:

Handy:

2. Verwandtschaftsgrad: Name:

Anschrift:

Telefon:

Handy:

3. Verwandtschaftsgrad: Name:

Anschrift:

Telefon:

Handy:

HAUSARZT:	
Name:	Telefon:
Anschrift:	

KRANKENKASSE/PFLEGEKASSE:	
Name:	Versicherungsnummer:
Heimnotwendigkeit <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> ist beantragt	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

FINANZIERUNG:	
<input type="checkbox"/> Selbstfinanzierung	Einkünfte: Rente/Witwenrente etc.: € Barvermögen: € <input type="checkbox"/> Eigentum vorhanden
<input type="checkbox"/> über Sozialamt:	<input type="checkbox"/> Kostenübernahme ist beantragt <input type="checkbox"/> Kostenübernahme wird umgehend beantragt
Die Notwendigkeit der Heimaufnahme wurde vom Sozialamt (Kreis Wesel/Oberhausen)	<input type="checkbox"/> bestätigt <input type="checkbox"/> noch nicht bestätigt

BESONDERE WÜNSCHE: (EINZEL-DOPPELZIMMER, MITNAHME VON MÖBELN)

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?	
<input type="checkbox"/> Inserat in Broschüre/Zeitung	<input type="checkbox"/> Empfehlung von Bekannten/Verwandten
<input type="checkbox"/> Krankenhaus/sozialer Dienst	<input type="checkbox"/> Betreuer
<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/>	

Ort, Datum:

Unterschrift Heimplatzinteressent (in) oder Bevollmächtigte(r),
gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in)

Bitte diesen Antrag sorgfältig und komplett ausfüllen. Der ärztliche Fragebogen ist vom Hausarzt oder dem behandelnden Arzt im Krankenhaus auszufüllen.