Anmeldung zur Heimaufnahme

Seniorenzentrum Heinrich Kolfhaus

Interessent

Gewünschte Unterbringung	☐ vollstationäre Pflege	☐ Kurzzeitpflege			
Gewünschte Zimmerart	☐ Einzelzimmer	☐ Doppelzimmer			
Gewünschter Termin/Zeitraum					
War der Bewohner in der Vergangenheit bereits in einer vollstationären Pflege?	☐ ja, vom		bis zum		☐ nein

Wer möchte einziehen?

NAME

GEBURTSNAME

VORNAMEN (RUFNAMEN BITTE MARKIEREN)

ADRESSE

GEBURTSDATUM

GEBURTSORT

FAMILIENSTAND

KONFESSION

STAATSANGEHÖRIGKEIT

EHEM. BERUF

Angehörige / sonstige Ansprechpartner

NAME, VORNAME

BEZIEHUNGSVERHÄLTNIS

ADRESSE

TELEFON / MOBIL

E-MAIL

NAME, VORNAME

BEZIEHUNGSVERHÄLTNIS

ADRESSE

TELEFON / MOBIL

E-MAIL

Betreuer*in / Bevollmächtigte*r

NAME, VORNAME

BETREUUNGSBEREICHE

ADRESSE

TELEFON / MOBIL

FAX

E-MAIL

Krankenkasse

NAME DER KRANKENKASSE

☐ gesetzlich ☐ privat ☐ beihilfeberechtigt

NUR BEI PRIVATVERSICHERUNG

Direktabrechnung mit privater Pflegekasse beantragt? ☐ ja ☐ nein

Anteil Beihilfe in %

VERSICHERTENNUMMER

VERSICHERTENSTATUS

Pflegegrad ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ beantragt am:

Höherstufung beantragt ☐ ja, am: ☐ nein

Leistung nach § 43b SGB XI ☐ ja ☐ nein

Vollstationäre Pflege beantragt ☐ ja, am: ☐ nein

Hausarzt

NAME, VORNAME

ADRESSE

TELEFON / FAX

E-MAIL

Facharzt

NAME, VORNAME

ADRESSE

TELEFON / FAX

Schwerbehindertenausweis	☐ ja	☐ nein
Fahrtkostenbefreiung	☐ ja	☐ nein
Zuzahlungsbefreiung	☐ ja	☐ nein

Kostenträger

Wird Sozialhilfe bezogen?	☐ ja		☐ nein
Wurde Sozialhilfe beantragt?	☐ ja, am:		☐ nein

Im Falle meines Todes soll mein im Seniorenzentrum befindliches Eigentum ausgehändigt werden an:

Mit meiner Unterschrift versichere ich als Betreuer*in / Bevollmächtigte*r, dass o.g. Angaben der Wahrheit und dem Wunsch der/des Vollmachtgebers / Betreuten entsprechen.

UNTERSCHRIFT

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / Betreuers / Bevollmächtigten