

## Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden)

### Personendaten

Vorname		Geburtsname	
Nachname		Telefonnummer	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Straße, Hausnummer		Staatsangehörigkeit	
PLZ, Ort		Konfession	
Familienstand		Todestag Ehegatte	

### Derzeitiger Aufenthaltsort (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)

Einrichtung			
Adresse (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)			
Ansprechpartner		Telefonnummer	

### Angehörige / Vertrauenspersonen

#### Person 1

Vorname				Nachname			
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)							
Telefonnummer				Handynummer			
E-Mail-Adresse				Verwandtschaftsgrad			

#### Person 2

Vorname				Nachname			
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)							
Telefonnummer				Handynummer			
E-Mail-Adresse				Verwandtschaftsgrad			

#### Person 3

Vorname				Nachname			
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)							
Telefonnummer				Handynummer			
E-Mail-Adresse				Verwandtschaftsgrad			

## Gerichtlich bestellter Betreuer

Vorname

Nachname

Adresse (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

Telefonnummer

Wirkungskreis der  
Betreuung

## Hausarzt

Name / Praxis

Telefonnummer

Adresse (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

## Krankenkasse / Pflegekasse

Name der Krankenkasse

Pflegegrad

## Kostenträger (Art, zahlende Stelle, Zeichen)

monatliches Einkommen:

Zahlungen der Pflegekasse

bish. Pflegegrad

Begutachtung beantragt

das zuständige Sozialamt in:

## Kostenträger: Die Heimkosten werden aufgebracht durch

das oben angeführte monatliche Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch,  
Bankguthaben); Bestand heute:

(in Euro)

Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!

das zuständige Sozialamt \*) in:

### \*)Die Kostenverpflichtungserklärung

folgt in den nächsten Tagen

liegt bei

muss noch beantragt werden

ist beantrag am:

## Gewünschte Unterbringung

Einzelzimmer

Doppelzimmer

## Gewünschter Aufnametermin

## Diät notwendig (Welche und Warum)

**Frühere Unterbringungen** (in einem Heim, einer Anstalt oder einer ähnlichen Einrichtung. Wo? Wann? Aus welchem Grunde dort ausgeschieden?)


**Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?**


**Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?**

Vorname

--

Nachname

--

Adresse (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

--

Telefonnummer

--

E-Mail-Adresse

--

In welcher Eigenschaft

--

Hiermit bestätige ich: diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich.  
Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

--

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

--

Ort, Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden (wenn nicht Personengleichheit)

Bitte, überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.  
Für Rückfragen kontaktieren Sie uns bitte:



**St. Brigida Seniorenzentrum GmbH**

Grevenbroicher Straße 43  
50829 Köln  
www.haus-brigida.de

Tel. 0221.950 47-0  
Fax 0221.950 47-555  
Mail info@haus-brigida.de

**Vermerk des Hauses**
