

Anmeldung zur Heimaufnahme

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

Personendaten

Vorname	<input type="text"/>	Geburtsname	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Konfession	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="text"/>	Todestag Ehegatte	<input type="text"/>

Derzeitiger Aufenthaltsort (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)

Einrichtung	<input type="text"/>		
Adresse <small>(Straße, Hausnr., PLZ, Ort)</small>	<input type="text"/>		
Ansprechpartner	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>

Angehörige / Vertrauenspersonen

Person 1

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Adresse <small>(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)</small>	<input type="text"/>		
Telefonnummer	<input type="text"/>	Handynummer	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>	Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>

Person 2

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Adresse <small>(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)</small>	<input type="text"/>		
Telefonnummer	<input type="text"/>	Handynummer	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>	Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>

Person 3

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Adresse <small>(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)</small>	<input type="text"/>		
Telefonnummer	<input type="text"/>	Handynummer	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>	Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>

Gerichtlich bestellter Betreuer

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Adresse <small>(Straße, Hausnr., PLZ, Ort)</small>	<input type="text"/>		
Telefonnummer	<input type="text"/>	Wirkungskreis der Betreuung	<input type="text"/>

Hausarzt

Name / Praxis	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>
Adresse <small>(Straße, Hausnr., PLZ, Ort)</small>	<input type="text"/>		

Krankenkasse / Pflegekasse

Name der Krankenkasse	<input type="text"/>	Pflegegrad	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------	------------	----------------------

Kostenträger (Art, zahlende Stelle, Zeichen)

monatliches Einkommen:	<input type="text"/>		
Zahlungen der Pflegekasse	bish. Pflegegrad	Begutachtung beantragt	
das zuständige Sozialamt in:	<input type="text"/>		

Kostenträger: Die Heimkosten werden aufgebracht durch

das oben angeführte monatliche Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben); Bestand heute:	<input type="text"/>	<small>(in Euro)</small>
Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!		
das zuständige Sozialamt *) in:	<input type="text"/>	

*)Die Kostenverpflichtungserklärung

folgt in den nächsten Tagen	liegt bei	muss noch beantragt werden
ist beantrag am:	<input type="text"/>	

Gewünschte Unterbringung

Einzelzimmer	<input type="text"/>
Doppelzimmer	<input type="text"/>

Gewünschter Aufnahmetermin

Diät notwendig (Welche und Warum)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

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 Tel. 0221.950 47-0
50829 Köln Fax 0221.950 47-555
www.haus-brigida.de Mail info@haus-brigida.de

Vermerk des Hauses
