



## ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Kurzzeitpflege  
Jakobushaus

vollstationärer  
Pflegebereich

Wohnheim  
(Seniorenwohnen)

1. Zuname / Vorname	_____		
2. Geburtsname	_____		
3. Geburtsdaten / Ort am	_____	in	_____
4. Adresse	Straße _____		
Plz.	_____	Ort	_____
5. Konfession	_____	Fam.-Stand	_____
6. Beruf	_____	7. Telefon	_____
8. Derzeitiger Aufenthalt ( bei Krankenhaus, Kurzzeitpflege, Alteneinrichtung bitte entsprechende Adresse )	_____		
9. Angehörige / Name	_____		
Straße	_____		
PLZ.	_____	Ort	_____
wie verwandt ?	_____	Telefon	_____
Name	_____		
Straße	_____		
PLZ.	_____	Ort	_____
wie verwandt ?	_____	Telefon	_____
10. Betreuer / Name	_____		
Bevollmächtigter	_____		
Straße	_____		
PLZ.	_____	Ort	_____
Telefon	_____		
Wirkungskreis der Betreuung	_____		
_____	_____		

12. **Hausarzt / Name** \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ. \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

13. **Krankenversicherung** : \_\_\_\_\_ Mitgl.-Nr.: \_\_\_\_\_

14. Befreiung von der Zuzahlungspflicht:  ja  nein Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

Gültigkeit bis: \_\_\_\_\_

15. Liegt eine Pflegegrad Einstufung vor:  nein

Grad  1  2  3  4  5  ja

16. Wurde eine Behinderung durch das Versorgungsamt festgestellt?

nein  ja Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit ( MdE ): \_\_\_\_\_ %

17. Rentenvers. Nr. \_\_\_\_\_

18. Rechnungs-  
empfänger \_\_\_\_\_

Wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder beantragt?  ja  nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig? \_\_\_\_\_

19. **Besondere Wünsche des Bereichs/Hauses bei vollstationärer Pflege/Seniorenwohnen**  
(bitte unterstreichen/markieren)

Seniorenwohnen ( Anton Maier - Margarethen – Wohnheim ) Ehepaar  O

Pastor-Günter-Schmidt Haus) Einzelperson  O

Wohn / Pflegebereich ( Elisabeth, Siena,

Rosengarten, Marienhaus ) Einzelzimmer  O

Doppelzimmer  O

20. **Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?**

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_ des Aufzunehmenden  
Unterschrift \_\_\_\_\_ des Antragstellers