

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 _____ Staatsangehörigkeit _____

6. Beruf _____ 7. Telefon _____

8. Derzeitiger Aufenthalt
(bei Krankenhaus, Kurzzeitpflege, Alteinrichtung 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

Pastor-Günter-Schmidt Haus) Einzelperson

Wohn / Pflegebereich (Elisabeth, Siena,
Rosengarten, Marienhaus) Einzelzimmer

Doppelzimmer

20. Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____
des Aufzunehmenden

Unterschrift _____
des Antragstellers