



SENIOREN-RESIDENZ Haus Veronika GmbH

Hufring, 54421 Reinsfeld, Telefon: 06503-9141-0, Fax.: 06503-9141-27
seniorenresidenz@haus-veronika.net www.haus-veronika.net

Anmeldung zur Heimaufnahme in die Seniorenresidenz Haus Veronika

Bis wann soll die Aufnahme erfolgen _____

Es wird ein () Doppelzimmer () Einzelzimmer gewünscht für:

Name, Vorname _____ Geburtsname _____

Geb. am _____ in _____

Straße, Nr. PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

Name, Vorname des Ehepartners _____

Tag der Eheschließung _____ Sterbetag _____

Betreuung / Vollmacht

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? ja nein

Ist ein gesetzlicher Betreuer bestellt? ja nein ist/wird beantragt

Bereiche

Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge Wohnungsauflösung

Vermögenssorge Postkontrolle

Vertretung gegenüber Ämtern, Behörden, Versicherungen

Freiheitsentziehende Maßnahmen was _____

Name, Vorname _____

Straße, Nr. PLZ, Ort _____

Telefon privat _____ dienstl. _____ Handy _____

E-Mail _____ Fax _____

Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor? ja nein

Wenn ja, aufbewahrt bei _____

Schwerbehindertenausweis

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? ja nein

Wurde ein solcher beantragt? ja nein

Behandelnde Ärzte

Hausarzt _____ Telefon _____

Adresse _____ Fax _____

Augenarzt _____ Telefon _____

Adresse _____ Fax _____

Zahnarzt _____ Telefon _____

Adresse _____ Fax _____

Neurologe _____ Telefon _____

Adresse _____ Fax _____

Angehörige / Ansprechpartner

1. Name, Vorname _____

Straße, Nr. PLZ, Ort _____

Wie verwandt? _____

Telefon privat _____ dienstl. _____ Handy _____

E-Mail _____ Fax _____

2. Name, Vorname _____

Straße, Nr. PLZ, Ort _____

Wie verwandt? _____

Telefon privat _____ dienstl. _____ Handy _____

E-Mail _____ Fax _____

3. Name, Vorname _____

Straße, Nr. PLZ, Ort _____

Wie verwandt? _____

Telefon privat _____ dienstl. _____ Handy _____

E-Mail _____ Fax _____

(falls notwendig, bitte zusätzliches Blatt beifügen)

Krankenkasse

Name, Anschrift _____

Mitgliedsnummer / Versichertennummer _____

Liegt eine Befreiung von der Zuzahlung vor? ja von _____ bis _____ nein

Sind Sie beihilfeberechtigt ja nein

Wenn ja, bei _____

Pflegebedürftigkeit nach SGB XI / Einstufung des MDK

- liegt vor für häusliche Pflege Pflegestufe 1 2 3 Härtefall
- liegt vor für stationäre Pflege Pflegestufe 1 2 3 Härtefall
- liegt nicht vor
- ist/wird beantragt am _____ durch _____
- ist nicht beantragt

Die Bescheinigung über die Notwendigkeit der Heimpflege

- liegt vor
- liegt nicht vor
- ist beantragt am _____ durch _____

Kostenträger

- Die Heimkosten können durch eigenes Einkommen / Vermögen gezahlt werden und die Rechnungsanschrift ist wie folgt:

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

- Die Heimkosten können nicht oder nur teilweise aus eigenem Einkommen / Vermögen gezahlt werden.
Ein Kostenübernahmeantrag beim zuständigen Sozialhilfeträger wurde/wird gestellt.
(Antrag muss vor dem Aufnahmedatum gestellt werden)

am _____ durch _____

bei folgendem Sozialamt

Name / Anschrift _____

Sachbearbeiter _____

Fax _____

E-Mail _____

- Kostenübernahmeerklärung liegt bei

Ort, Datum

Unterschrift der Bewerberin/ des Bewerbers /
eines Vertretungsberechtigten