



ANMELDUNG zur Heimaufnahme in der Senioren-Residenz Haus Veronika

Die Aufnahme soll bis zum _____ erfolgen. Gewünscht ist ein Doppelzimmer Einzelzimmer.

Name _____ Geburtsname _____

Vorname _____ Familienstand _____

geb. am _____ Konfession _____

in _____ Staatsangehörigkeit _____

Straße, Nr. _____ Telefon _____

PLZ, Wohnort _____

Ehepartner

Name _____ Vorname _____

Tag der Eheschließung _____ Sterbetag _____

E-Mail (zur Versendung von Informationen per Newsletter) _____

Betreuung / Vollmacht

Ist ein gesetzlicher Betreuer bestellt? ja nein

Name _____ Vorname _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon privat _____ dienstl. _____ Handy _____

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? ja nein

Wenn ja, für welche Bereiche:

Aufenthaltsbestimmung	Vermögenssorge	Vertretung gegenüber	Freiheitsentziehende
Gesundheitsfürsorge	Postkontrolle	Ämtern, Behörden	Maßnahmen _____
Wohnungsauflösung		Versicherungen	_____

Liegt eine Patientenverfügung vor? ja nein

Wenn ja, aufbewahrt bei _____

Schwerbehindertenausweis

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? ja nein

Wurde ein solcher beantragt? ja nein

Krankenkasse

Name / Anschrift _____

Mitgliedsnummer / Versichertennummer _____

Liegt eine Befreiung von der Zuzahlung vor? ja nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Wenn ja, bei _____

Behandelnde Ärzte

Hausarzt _____ Telefon _____

Adresse _____

Augenarzt _____ Telefon _____

Adresse _____

Zahnarzt _____ Telefon _____

Adresse _____

Neurologe _____ Telefon _____

Adresse _____

Angehörige / Ansprechpartner

1. Name _____ Vorname _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Wohnort _____

Wie verwandt? _____

Telefon privat _____ dienstl. _____ Handy _____

E-Mail (zur Versendung von Informationen per Newsletter) _____

2. Name _____ Vorname _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Wohnort _____

Wie verwandt? _____

Telefon privat _____ dienstl. _____ Handy _____

E-Mail (zur Versendung von Informationen per Newsletter) _____

3. Name _____ Vorname _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Wohnort _____

Wie verwandt? _____

Telefon privat _____ dienstl. _____ Handy _____

E-Mail (zur Versendung von Informationen per Newsletter) _____

Pflegebedürftigkeit nach SGB XI / Einstufung des MDK

liegt nicht vor

ist beantragt am _____ durch _____

ist nicht beantragt

liegt vor für häusliche Pflege Pflegegrad 1 2 3 4 5

liegt vor für stationäre Pflege Pflegegrad 1 2 3 4 5

Die Bescheinigung über 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, Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Die Heimkosten können nicht oder nur teilweise aus eigenem Einkommen / Vermögen gezahlt werden.

Ein Kostenübernahmeantrag beim zuständigen Sozialhilfeträger wurde gestellt

am _____ durch _____

bei folgendem Sozialamt

Name _____ Sachbearbeiter _____

Anschrift _____

Kostenübernahmeerklärung liegt bei

folgt in den nächsten Tagen

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber / Vertretungsberechtigter (m/w/d)