

Anmeldung zur Heimaufnahme

Gewünschtes Einzugsdatum: _____

(dies stellt weder für den Antragsteller noch für das Damenstift eine verbindliche Zusage dar.)

für eine Einzelperson

- Pflegebereich Gerontopsychiatrischer Wohnbereich
 Einbettzimmer 1-Zimmer Appartement
 Zweibettzimmer 1 ½ -Zimmer Appartement
 Kurzzeitpflege von _____ bis _____ Dauerhaft

Persönliche Angaben des Antragstellers

Name

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand

Erlenter Beruf

Früherer Beruf

Konfession

Staatsangehörigkeit

Telefonnummer

2te Rufnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Seit wann ist dies Ihr Hauptwohnsitz?

Bei Wohnungswechsel weniger von innerhalb 2 Jahren bitte vorherige Anschrift angeben

Schwerbehindertenausweis: nein ja

%

Kostform normal Diabetes sonstiges _____

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	1/3
QM	sPDL		Version	2.0
			Stand	07 / 10

1. Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon privat / beruflich

Verwandtschaftsgrad

weitere Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon privat / beruflich

Verwandtschaftsgrad

weitere Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon privat / beruflich

Verwandtschaftsgrad

Gesetzlicher Betreuer (Bitte Kopie des Betreuerausweises oder des Antrages auf Betreuungsverfahren beifügen.)

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon privat / beruflich

Faxnummer bzw. Email-Anschrift

Hausarzt

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon Praxis

Faxnummer Praxis

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	2/3
QM	PÜL		Version	2.0
			Stand	07 / 10

Versicherungen

Pflegekasse

Krankenkasse (falls Abweichend)

Versicherungsnummer

Zuzahlungsbefreit, wenn ja Bitte Kopie beifügen

Pflegestufe beantragt? nein ja am: _____ durch: _____

wird demnächst beantragt durch: _____

Bescheid der Pflegekasse liegt vor (Bitte der Anmeldung beilegen)

nein ja Stufe: 0 I II III Härtefall

Kostenübernahmeregelung

Selbstzahler: nein ja Beihilfeberechtigt: nein ja

Andere Kostenträger: _____

Vorläufige Kostenübernahme

Bescheid des Kostenträgers liegt vor nein ja AZ: _____ Datum _____

Einkommen (zur Klärung des ggf. zu stellenden Sozialhilfeantrages)

Das monatliche Einkommen des Antragstellers übersteigt € 2.779,--
(Mittelwert der durchschnittlichen Pflegekosten von I und III; siehe beiliegende Preisliste)

ja nein das monatliche Einkommen beträgt: _____ €

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Das Damenstift ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben zu prüfen.

Die Angaben sind für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Damenstift für eigene Geschäftszwecke personen-bezogene Daten nach den Vorschriften des dritten Abschnitts des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	3/3
QM	PÜL		Version	2.0
			Stand	07 / 10