

Geltungsbereich Sozialer Dienst

B1/01 Anmeldung zur Heimaufnahme

Wohnanlage für Senioren und Behinderte Neu Pattern
Konrad Adenauer Str. 8-8b; 52457 Aldenhoven
Tel.: 02464-90 98 0 Fax: 02464-90 98 27 00

Vor- und Zuname _____ Beruf _____	
1. Geburtsname _____	
2. Adresse _____	
3. Telefon _____	
4. Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)	
5. Geburtsdatum _____ Geburtsort _____	
6. Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____	
7. Angehörige	
a) Name _____ Straße, PLZ, _____ Ort _____ Wie verwandt _____ Telefon _____	
b) Name _____ Straße, PLZ _____ Ort _____ Wie verwandt _____ Telefon _____	
c) Name _____ Straße, PLZ _____ Ort _____ Wie verwandt _____ Telefon _____	
8. Betreuer (nach Betreuungsrecht, Vollmacht oder Bestallungsurkunde beilegen)	
Name _____ Straße, PLZ, _____ Ort _____	

Telefon _____

Selbstzahler: (Rechnungsanschrift angeben)

9. Name _____
 Straße, PLZ, _____ Ort _____
 Telefon _____

10. Hausarzt:
 Name _____
 Straße, PLZ, _____ Ort _____
 Telefon _____

1. Facharzt:
 Name _____
 Straße, PLZ, _____ Ort _____
 Telefon _____

2. Facharzt:
 Name _____
 Straße, PLZ, _____ Ort _____
 Telefon _____

1. Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer

2. Termin zur Aufnahme:

• Kostenträger
 Krankenkasse: Vers.-
 Nr.:.....
 Ansprechpartner:.....

• Haben Sie Anspruch auf Beihilfe? ja nein
 Falls ja
 Name _____
 Straße, PLZ, _____ Ort _____
 Telefon _____

• Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen? ja nein

• Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

• Name _____
 Straße, PLZ, _____ Ort _____
 Telefon _____

- Erhalten Sie bereits Pflegegeld? ja nein
- Soll Pflegegeld beantragt werden? ja nein

10. Art der Einkünfte: Witwenrente Euro: _____
 Altersrente Euro: _____
 Betriebsrente Euro: _____
 Versorgungsrente Euro: _____
 Sonstige Rente Euro: _____

(bitte Kopien der einzelnen Bescheide beifügen)

Erläuterung: Bitte prüfen Sie selbst, ob die monatlichen Kosten des Heimaufenthaltes aus den Einkünften, wie z.B. Renten, Einkünften aus Vermietungen oder Verpachtungen oder dem vorhandenen Vermögen finanziert werden können. Ist dies nicht möglich, so muss vor dem Einzug in das Altenheim ein Antrag auf Übernahme der Heimkosten bei Ihrem zuständigen Sozialamt gestellt werden. Diesen Antrag können Sie selbst, oder ein von Ihnen Bevollmächtigter, stellen.

Bankeinzug soll vorgenommen werden? ja nein

Bank: : _____

BLZ: _____ Kontonummer: _____

11. Kranken und Pflegeversicherung

- Liegt bereits eine Einstufung für die häusl. Pflege vor?
 ja, Pflegegrad nein, wurde beantragt am:
- Liegt eine Notwendigkeitsbescheinigung zur Heimaufnahme vor?
 ja nein ist beantragt, am.....
 ärztl. Fragebogen ausgehändigt / Antrag auf HNE
- Wurde bereits ein Antrag bei der zuständigen Pflegekasse für die stationäre Leistung gestellt? ja, wurde beantragt am..... nein

Name der Pflegeversicherung

Name _____

Straße, PLZ, _____ Ort _____

Telefon _____

12. Schwerbehindertenausweis: ja ___% der Behinderung nein

Merkzeichen: VB BI EB RF
 aG G H B

13. Anträge:

- Antrag auf Befreiung von der Rundfunkgebühr wurde gestellt? ja nein
- Antrag auf Telefongebührenvergünstigung wurde gestellt? ja nein
- Antrag auf Befreiung zur Zuzahlung von Medikamenten liegt vor ja nein
 Wenn nein, wird gestellt? ja nein
- Postzustellung: an Bewohner selbst
 an Angehörige(n)/Betreuer/in
 (mit Anschrift, Tel.-Nr.)

Liegt eine Haftpflicht- bzw. Hausratversicherung vor? ja nein

Wenn nein, wird abgeschlossen? ja nein

Sollten Sie keine Versicherung abschließen, machen wir Sie vorsorglich darauf aufmerksam, sollte es zu Schäden inner- und außerhalb der Einrichtung kommen ist der Bewohner selbst haftbar zu machen.

17. Unterzeichnung

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden

Wird von der Einrichtung ausgefüllt:

Wohnbereich: _____

Zimmernummer: _____

Aufnahmetag: _____

Beginn Heimvertrag: _____

Sonstiges:

