

## ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Name \_\_\_\_\_ Vorname(n), Rufname bitte unterstreichen \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Ort (Kreis ggf. auch Land/Staat mit angeben) \_\_\_\_\_

Geb.-Name \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Ehepartner (in): Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.- Name \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

## **GEGENWÄRTIGER AUFENTHALTSORT**

Wohnung

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Krankenhaus/Heim

Name des Krankenhauses/des Heimes \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Aufnahmetag \_\_\_\_\_ Aufnahmegrund \_\_\_\_\_

KINDER Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_ davon verstorben \_\_\_\_\_

## **ANSPRECHPARTNER (IN)**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_ Verwandte(r)/Bekannte(r) \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_ Verwandte(r)/Bekannte(r) \_\_\_\_\_

## **GERICHTLICH BESTELLTE (R) BETREUER (IN)**

Ja  Nein

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_ Verein \_\_\_\_\_

Wirkungskreis (e) \_\_\_\_\_

Betreuung wird angeregt bzw. beantragt  Ja  Nein

Betreuung ist angeregt bzw. beantragt  Ja  Nein

## **INHABER (IN) VON VOLLMACHT (EN)**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Wirkungskreis (e) \_\_\_\_\_

**HAUSARZT (HAUSÄRZTIN)**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**WEITERE (R) BEHANDELNDE (R) ÄRZTE (ÄRZTIN)**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

KRANKENKASSE \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

Einstufung der Pflegekasse/Krankenkasse in Grad \_\_\_\_\_

Bestätigung der Notwendigkeit stationärer Pflege  liegt vor  ist beantragt

**KOSTENREGELUNG BEI HEIMAUFNAHME**

Heimplatzfinanzierung durch:

- mtl. Einkommen in Höhe von insgesamt \_\_\_\_\_ EUR
- Kopien der letzten Einkommensnachweise (z.B. Renten, Werksrenten, Pensionen, Versorgungsbezüge, Mieteinnahmen, Zinseinkünfte und sonstige Einnahmen) liegen bei  Ja  Nein  Teilweise
- Leistungen vom Versorgungsamt
- Blindengeld
- Vermögen (Bar-/Sparvermögen, Guthaben, Eigentum usw.)
- Unterhaltszahlungen
- Leistungen der Pflegekasse/Krankenkasse ( \_\_\_\_\_ EUR)
- Kostenübernahme ist beim zuständigen Sozialamt in \_\_\_\_\_ beantragt

\_\_\_\_\_ Datum Unterschrift/Stempel des Sozialhilfeträgers

**Bankverbindung**

Institut \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

**Beratung**

Durch Sozialamt Duisburg Sachgebiet Alten- und Behindertenhilfe oder Krankenhaussozialdienst  Ja  Nein

**BESONDERE WÜNSCHE** (z. B. Heimwunsch, Zimmerwunsch, Mitnahme von Haustieren, Mitnahme von Möbeln)

Die Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei/wird übersandt. Ich bin damit einverstanden, dass die Anmeldung zur Heimaufnahme und der ärztliche Fragebogen dem/den von mir gewünschten Heim/en übersandt werden.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Heimplatzinteressent(in), Bevollmächtigter(r), Betreuer(in)