

Matthias-Claudius-Heim

Alten- und Pflegeheim



Anmeldung zur Heimaufnahme

Eingangsdatum Matthias-Claudius-Heim

1. Vor- und Zuname/
ggf. Geburtsname

2. Adresse

Straße/PLZ/Ort

Telefon _____

3. Geburtsdaten/-ort

Datum

Ort

4. Staatsangehörigkeit _____ 5. Konfession _____ 6. Familienstand _____

7. Angehörige

a) Name _____

Str./PLZ/Ort _____

wie verwandt _____

Telefon _____

E-Mail _____

b) Name _____

Str./PLZ/Ort _____

wie verwandt _____

Telefon _____

E-Mail _____

8. Betreuer

(nach Betreuungsrecht)

Name _____
Str./PLZ/Ort _____
Telefon _____

9. Wirkungskreis der Betreuung

10. Bisher behandelnder Arzt

Name _____
Str./PLZ/Ort _____
Telefon _____

12. Bei welcher Kasse sind Sie krankenversichert?

13. Ist bereits ein Pflegegrad anerkannt ?

Ja:

Nein:

Wenn ja, welche und seit wann?

Wenn nein, ist ein Pflegegrad beantragt und seit wann?

14. Kostenträger:

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?

Ja:

Nein:

Gibt es andere Kostenträger, z. B. Beihilfeträger?

Ja:

Nein:

15. Gewünschte Unterbringung:

Vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege

Dementenbereich

16. Gewünschter Einzugstermin:

17. Telefonanschluß erwünscht

Ja:

Nein:

Ort und Datum

Unterschrift