

Seniorenzentrum Cremlingen

Bohmwiese 2, 38162 Cremlingen
 Telefon 05306 – 91 30 20 - Fax 05306 – 91 30 22 79

Anmeldung zur Heimaufnahme – Wartelistenplatz !

Bitte beachten! Alle Fragen bitte vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Vielen Dank!

1. Nachname: <small>(Familienname, ggf. Geburtsname)</small>	
2. Vorname(n): <small>(Rufnamen bitte unterstreichen)</small>	
3. Wohnung: <small>(Straße, PLZ, Ort)</small>	
4. Nebenwohnung: <small>(Straße, PLZ, Ort)</small>	
5. Derzeitiger Aufenthalt: <small>(Name und Anschrift)</small>	
6. Z. Zt.: Krankenhaus, Heim oder Anstalt? <small>(Name und Anschrift; Aufnahmetag und -grund)</small>	
7. Geburtsdaten: <small>(bitte Kreis und ggf. Land/Staat angeben)</small>	am: in:
8. Familienstand:	9. Konfession:
	10. Staatsangehörigkeit:
11. Letzte Eheschließung:	am: in:
12. Erlerner Beruf: Zuletzt ausgeübter Beruf:	
13. Beruf des Ehemannes:	
14. Kinder: <small>(Bei mehreren Ehen getrennte Angaben)</small>	Volljährige: Minderjährige: Verstorbene:
15. Angehörige: <small>(Art der Verwandtschaft. Name, Anschrift und Telefonnummer)</small> <small>(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)</small>	a)
	b)
	c)

16. Betreuer oder Pfleger: (Name und Anschrift)	
17. Krankenkasse: (Name und Anschrift)	
18. Versicherungsverhältnis: (Z.B. Rentner, freiw. Mitgl., Familienhilfe)	
19. Bei Familienhilfe: Name, Geburtstag, Arbeitgeber oder Versicherungsverhältnis	
20. Mitgl.-Nr.: (der Krankenkasse)	
21. Beihilfeberechtigt?	
22. Name des Hausarztes: (Name und Anschrift)	
23. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)	
Art des Einkommens	Zahlende Stelle Betrag €

24. Kostenträger (bitte ankreuzen) Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

- das o. a. monatl. Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch etc.; Bestand heute: **) _____ €
- Zahlung *) von _____
- das zuständige Sozialamt *) in _____

*) Die Kostenverpflichtungserklärung - liegt bei - folgt in den nächsten Tagen - muss noch beantragt werden - ist beantragt am

**) Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!

25. Gewünschte Unterbringung 26. Termin 27. Diät notwendig? Welche? Warum?

<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	(Aufnahme gewünscht am:)	

28. Frühere Unterbringungen (in einem Heim, einer Anstalt oder ähnlichen Einrichtung. Wo? Wann? Warum ausgeschieden?)

29. Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?

30. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? (Name und Anschrift)

31. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:

32. Besteht bereits eine Einstufung in einen Pflegegrad?

ja, Pflegegrad: _____

nein

Diese Anmeldung verliert nach 2 Jahren ihre Gültigkeit. Alle Angaben entsprechen den.

_____,den _____

Unterschrift des Antragstellers:

Unterschrift des Aufzunehmenden:
