

Anmeldung zur Heimaufnahme



*Haus am Brunnen
Oberdorfstraße 1
69253 Heiligkreuzsteinach-Lampenhain
Tel.: 06220-91542-0
Fax: 06220-91542-29
www.haus-am-brunnen.de*

Angaben zur aufzunehmenden Person			
Name			
Geburtsname			
Vorname			
Geburtstag/Ort			
Familienstand, seit			
Konfession			
Staatsangehörigkeit			
bisherige Wohnadresse			
Telefon			
Aufenthalt zur Zeit (Krankenh., Zuhause etc.)			
Krankenkasse mit Adresse			
Versichertennummer			
Betreuer Name, Adresse, Telefon, Aufgabenkreise			
Angaben zu den behandelnden Ärzten			
Name, mit Titel			
Vorname			
Praxisadresse			
Fachgebiet			
Telefon Praxis			
Telefon			
Telefon Praxis			
Telefon Notfall			
Faxnummer			

Angaben zu den Angehörigen oder Betreuern

Name, Vorname	
Adresse	
Telefon privat	
Telefon geschäftlich	
Telefon mobil	
E-Mail Adresse	
Verwandtschaftsverhältnis	
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)
pers. Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)
im Notfall zu benachrichtigen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Vorname	
Adresse	
Telefon privat	
Telefon geschäftlich	
Telefon mobil	
E-Mail Adresse	
Verwandtschaftsverhältnis	
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)
pers. Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)
im Notfall zu benachrichtigen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Vorname	
Adresse	
Telefon privat	
Telefon geschäftlich	
Telefon mobil	
E-Mail Adresse	
Verwandtschaftsverhältnis	
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)
pers. Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)
im Notfall zu benachrichtigen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Allgemeine Angaben						
Bewilligter Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> n. bek.
Antrag auf Pflegegrad wurde gestellt am						
Die Finanzierung des Heimaufenthaltes ist auf Dauer gesichert	<input type="checkbox"/> durch regelmäßiges Einkommen <input type="checkbox"/> durch vorhandenes Vermögen <input type="checkbox"/> durch Zuschuss der Pflegekasse <input type="checkbox"/> durch das zuständige Sozialamt <input type="checkbox"/> durch Zahlungen von <input type="checkbox"/> Finanzierung ist noch ungeklärt					
Kostenzusage Sozialamt	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht					
Sozialhilfeantrag wurde gestellt am						
Anschrift des zuständigen Sozialamt, Aktenzeichen						
gewünschte Aufnahme am (bei Kurzzeitpflege von/bis)						
Grund für die Heimaufnahme						
erforderliche Diät	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?					
ansteckende Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?					
Behindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche Merkmale?					
Zuzahlungsbefreit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis:					
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja(Kopie bitte beifügen)					
Bemerkungen, sonstiges						
Ort	Datum	Unterschrift des Aufzunehmenden				
Ort	Datum	Unterschrift des Bevollmächtigten oder Betreuers				